



Esta obra está bajo una [Licencia  
Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú.](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/)

Vea una copia de esta licencia en  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**“INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIO-  
DEMOGRAFICAS EN LA DEPRESION POSPARTO EN  
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD  
TARAPOTO Y HOSPITAL MINSA II - 2 TARAPOTO. SETIEMBRE  
2015 - ENERO 2016”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**

**Autores:**

Bach. en Obst. Jhudit Vera Mendoza

Bach. en Obst. Dolibeth Centurión Pisco

**ASESOR:**

Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

Tarapoto - Perú

2016

Yo Pedro Vargas Rodríguez, docente Asociado de la Universidad Nacional de San Martín, Facultad de Ciencias de la Salud; Asesor nombrado con Res N° 206-2015-UNSM/CO-FCS/NLU, hago;

**CONSTAR:**

Que, he revisado y corregido el informe de tesis **"Influencia de las características socio-demográficas en la depresión posparto en púerperas atendidas en el Hospital II ESSALUD - TARAPOTO y HOSPITAL MINSA- II-2 TARAPOTO. Setiembre 2015-Enero 2016"** presentado por las egresadas de la Escuela Profesional de Obstetricia: Jhudit Vera Mendoza y Dolibeth Centurión Pisco.

En conformidad firmo la presente a fin de que las egresadas de la Escuela Profesional de Obstetricia continúen con el trámite correspondiente.

Tarapoto, 19 de febrero del 2016.



Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS EN LA  
DEPRESION POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN  
EL HOSPITAL II ESSALUD TARAPOTO Y HOSPITAL MINSA II-2 TARAPOTO.  
SETIEMBRE 2015 - ENERO 2016.**

**JURADO CALIFICADOR:**

Obsta. Dra. Lolita Arévalo Fasanando  
Presidente

Obsta. Mg. Natividad Lupe Macedo Rodríguez  
Miembro

Obsta. Dr. José M. Delgado Bardales  
Miembro

## DEDICATORIA

A:

Dios por permitirme la vida y realizar  
Un sueño más y por estar conmigo en  
Cada paso que doy. A mis queridos  
abuelos maternos, Augusto Pisco  
Saboya, María Regina Ceopa Saboya  
por el apoyo moral y económico  
incondicional que me brindaron  
durante los años de mi vida y  
formación profesional.

A mis adoradas hermanas Anabel,  
Leslie, carlós que son mi motor y motivo  
el cual me impulsa a seguir adelante en  
mi formación profesional y personal.

Con mucho cariño para ustedes  
Este nuevo logro en mi vida, por  
Brindarme la oportunidad de  
Conocer a fondo esta hermosa  
Carrera.

DOLIBETH

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Con mucho cariño para ustedes  
Este nuevo logro en mi vida, por  
Brindarme la oportunidad de  
Conocer a fondo esta hermosa  
Carrera.

JHUDIT

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar a dios por habernos guiado por el camino de la felicidad hasta ahora; en segundo lugar a cada uno de los que son parte de nuestra familia les agradezco por habernos inculcado buenos valores gracias por cada consejo que logramos levantar nuestras esperanzas y ascender hacia el encuentro de nuestras metas, por el impulso para nunca rendirnos y seguir a pesar de los obstáculos.

Los resultados de esta tesis están dedicados a todas aquellas personas que de alguna forma, son parte de su culminación. Nuestros sinceros agradecimientos están dirigidos hacia el Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez quien con su ayuda desinteresada, nos brindó información relevante, próxima pero muy cercana a la realidad de nuestras necesidades.

Al personal de salud y puérperas de ambos hospitales quienes contribuyeron con dicha información y su tiempo para la realización de las encuestas respectivas.

A todas las personas que me brindaron su apoyo incondicional para la finalización de nuestro trabajo.

Las autoras

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

|                                           |     |
|-------------------------------------------|-----|
| Dedicatoria.....                          | iii |
| Agradecimiento.....                       | v   |
| Índice de Contenido.....                  | vi  |
| Índice de Tablas.....                     | vii |
| Resumen.....                              | ix  |
| Abstract .....                            | x   |
| I. INTRODUCCIÓN.....                      | 01  |
| 1.1 Marco Conceptual.....                 | 01  |
| 1.2 Antecedentes.....                     | 04  |
| 1.3 Bases Teóricas.....                   | 11  |
| 1.4 Justificación.....                    | 28  |
| 1.5 Formulación del Problema .....        | 30  |
| II. OBJETIVOS.....                        | 30  |
| 2.1 Objetivo General.....                 | 31  |
| 2.2 Objetivos Específicos.....            | 31  |
| 2.3. Hipótesis.....                       | 31  |
| 2.4. Operacionalización de variables..... | 32  |
| III. MATERIAL Y MÉTODOS.....              | 34  |
| IV. RESULTADOS.....                       | 41  |
| V. DISCUSIÓN.....                         | 52  |
| VI. CONCLUSIONES.....                     | 61  |
| VII. RECOMENDACIONES.....                 | 63  |
| VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....     | 64  |
| IX. ANEXOS.....                           | 69  |



## INDICE DE TABLAS

| <b>N° Tabla</b> | <b>Titulo</b>                                                                                                                                                             | <b>Pág.</b> |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>01</b>       | Características demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 – Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.                | 41          |
| <b>02</b>       | Características sociales según ingreso familiar en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016. | 43          |
| <b>03</b>       | Características Sociales de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.                    | 44          |
| <b>04</b>       | Características Sociales según violencia en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.        | 45          |
| <b>05</b>       | Características Sociales de la pareja de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.       | 46          |

|           |                                                                                                                                                                                                                                  |    |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>06</b> | Proporción de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.                                                                      | 47 |
| <b>07</b> | Influencia de las características socio-demográficas en la depresión posparto en puérperas atendidas según establecimiento de salud: Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016 | 48 |
| <b>08</b> | Influencia de las características socio-demográficas en la depresión posparto en puérperas atendida en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.                           | 50 |

## RESUMEN

El presente estudio titulado “Influencia de las características socio-demográficas en la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Septiembre 2015 – enero 2016”, estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, cuya muestra estuvo conformado por 95 puérperas del MINSA y 54 de EsSalud.

Los resultados fueron: 37% de usuarias de EsSalud fluctúan entre 31 a 40 años y el 33,7% entre 26 a 30 años del MINSA; el 74,1% y 72,6% son convivientes; el 59,3% y 64,2% son ama de casa; el 31,5% y el 30,5% tienen secundaria completa. Según ingreso económico familiar mensual el 48,1% es > 1,600 soles y 58,9% entre 501 a 800; principal aportador el cónyuge 70,4% vs 64,3% respectivamente. El 44,4% y el 40,3% residen en Tarapoto; el 77,8% y el 85,2% tienen vivienda propia; el 92,6% y 91,3% reciben apoyo de familiares para el cuidado de su salud y de su bebé. El tipo de familia que componen es nuclear 92,6% vs 90,5%. El 14,8% y 12,6% fueron violentadas por el cónyuge 91,7%. La violencia sexual fue la más frecuente 62,5% y 41,7%. La proporción de depresión post-parto es 44,4% (24) en EsSalud y 58,9% (56) en MINSA. Las características sociales: grado de instrucción de la pareja ( $p = 0,0360000$ ) y ocupación de la pareja ( $p = 0,0180000$ ), influyen significativamente en la presencia de depresión postparto en las puérperas atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

En conclusión: Existe influencia significativa entre las características sociales y la depresión postparto en puérperas atendidas en ambos establecimientos de salud: lugar donde vive ( $p = 0,0500000$ ), tenencia de la vivienda ( $p = 0,0270000$ ), grado de instrucción de la pareja ( $p = 0,0320000$ ) y ocupación de la pareja ( $p = 0,0340000$ ).

**Palabras claves:** característica sociodemográfica, depresión postparto, puérpera.

## **ABSTRACT**

This study entitled "Influence of socio-demographic characteristics in postpartum depression in postpartum women treated at the Hospital II EsSalud and MINSA Tarapoto Tarapoto II-2 Hospital. September 2015 - January 2016 "quantitative, descriptive, correlational study, whose sample consisted of 95 puerperal MINSA and EsSalud 54.

The results were: 37% of users EsSalud range from 31 to 40 years and 33.7% between 26-30 years of the MOH; 74.1% and 72.6% are cohabiting; 59.3% and 64.2% were housewife; 31.5% and 30.5% had completed secondary school. According to monthly household income 46.3% from 1.201 to 1.600 soles and 58.9% from 501 to 800; main contributor spouse 70.4% vs 64.3%, respectively. 44.4% and 40.3% live in Tarapoto; 77.8% and 85.2% own their homes; 92.6% and 91.3% receive support from family care of your health and your baby. The type of nuclear family is composed 92.6% vs 90.5%. 14.8% and 12.6% were abused by a spouse 91.7%. Sexual violence was the most frequent 62.5% and 41.7%. The proportion of postpartum depression is 44.4% (24) in EsSalud and 58.9% (56) in MOH. Social characteristics: level of education of the couple ( $p = 0.0360000$ ) and occupation of the pair ( $p = 0.0180000$ ), significantly influence the presence of postpartum depression in postpartum women treated at the Hospital II-2 Tarapoto. Conclusion: There is significant influence between social characteristics and postpartum depression in new mothers attended at two health facilities: where you live ( $p = 0.0500000$ ), housing tenure ( $p = 0.0270000$ ), level of education the pair ( $p = 0.0320000$ ) and occupation of the pair ( $p = 0.0340000$ ).

Keywords: sociodemographic characteristic, postpartum depression, puerperal.

**INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS EN  
LA DEPRESION POSPARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL II ESSALUD TARAPOTO Y HOSPITAL MINSA II-2 TARAPOTO.  
SETIEMBRE 2015 - ENERO 2016**

**I. INTRODUCCIÓN**

**1.1. Marco Conceptual.**

El puerperio es el período posterior al parto que comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende más allá de las seis semanas. Durante el mismo se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, además de un estado de labilidad emocional que debe ser considerado por los profesionales de la salud, pues el descuido de esta condición predispone a la puérpera a desórdenes de naturaleza psíquica que deben detectarse precozmente (1).

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer. La depresión posparto (DPP) corresponde a una enfermedad depresiva que ocurre en mujeres en el puerperio; su cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica, las teorías más acertadas sobre la causa de la DPP hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las

susceptibilidades específicas durante este periodo, y a esto se suma el grado de estrés al que esté expuesta la puérpera.(1)

Según los estudios la prevalencia difiere por la metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas según algunos autores o de un 10 a 15% según otros; con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35% (2).

La Depresión Posparto o “depresión puerperal” se caracteriza por iniciar en las primeras cuatro semanas después del alumbramiento de un hijo. El cuadro se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a los cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Son frecuentes también los sentimientos de culpa y autocensura por no estar cuidando o amando a su hijo lo suficiente, y casi siempre están presentes síntomas de ansiedad acompañando o inclusive superando a los síntomas de depresión del humor. Otra característica de éste cuadro es que la mujer afectada raramente comenta su estado con los profesionales de la salud, y se esfuerza por seguir desempeñando sus obligaciones de cuidado de sus hijos y marido.

(1)

La depresión posparto no psicótica o simplemente depresión posparto (DPP), es habitualmente sub diagnosticada en centros de atención materno-infantil,

pese a que su prevalencia supera la correspondiente a enfermedades obstétricas como preclamsia, parto prematuro o diabetes gestacional, su estudio es aún limitado en nuestro medio.

Si bien ser madre es siempre un gran desafío, tradicionalmente el embarazo ha sido asociado a un estado de “bienestar emocional” en la mujer; no obstante se ha demostrado que entre el 30 y el 40% de las gestantes presenta algún síntoma de depresión y un 10% de ellas evolucionan en forma grave, requiriendo tratamiento psicológico y farmacológico. La depresión parece estar relacionado a factores biológicos, sociales y psicológicos (3).

Estos trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo. Para la tercera década de este milenio la depresión será, según el estudio de carga global de la enfermedad (OMS/Banco Mundial), la segunda causa general de discapacidad, siendo más frecuente en la mujer y ha sido asociada a múltiples eventos vitales, incluido el parto y el puerperio constituye, entonces, una época en la cual los trastornos afectivos son comunes, pero algunos, como la depresión posparto (DPP) son poco reconocidos. En cuanto a la incidencia de DPP varía ampliamente de acuerdo a patrones socioculturales, a la forma de medición, al momento de la evaluación y a los criterios diagnósticos utilizados, que es un evento grave que puede afectar tanto el bienestar materno como la salud, el comportamiento y el desarrollo del niño, existe evidencia que apunta al hecho de que mujeres que han padecido una

depresión mayor en el periodo posnatal pueden tener recurrencias de episodios depresivos mayores a lo largo de su vida (4).

En el medio no se conoce de estudios que estén orientados o que den cuenta de la problemática. En el Hospital II EsSalud y en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, existen casos de depresión pero no se registra ni se considera como una entidad que merece atención, y los síndromes pasan desapercibidos, más aún no se ha evidenciado ningún estudio sobre la temática.

## **1.2. Antecedentes:**

**Bustos S, Jiménez N.**, en su estudio, “Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria. 2013” Arica – Chile, estudio que corresponde a un diseño no experimental correlacional, trabajaron con una la población de 112 mujeres, utilizaron la Escala Edinburgh Postnatal Depresión (EPDS) con el objetivo de investigar los factores de riesgo asociados a la Depresión Post Parto en puérperas. En sus resultados muestran la incidencia de un grupo de variables Socio demográficas y satisfacción con la pareja en el desarrollo de la DPP, los que tuvieron embarazos no deseados mostraron mayores puntuaciones en la escala de DPP. En cuanto al nivel socioeconómico y la edad no arrojó resultados significativos con la depresión post parto (4).



**González R, García L.**, en su estudio “Depresión posparto y factores asociados en Población derechohabiente. 2013”, Mérida – México, el tipo de investigación es un estudio descriptivo observacional, transversal, trabajaron con 120 mujeres; con el objetivo de identificar la prevalencia, síntomas más frecuentes y factores asociados a la depresión posparto en pacientes de la Clínica de Medicina Familiar "Mérida" del ISSSTE en Yucatán. El instrumento que usó fue la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo (EPDS), las Características sociodemográficas: En el grupo estudiado se observa que 87 (72.5%), pacientes se encuentran entre los 26 a 35 años, 18 (15 %) de 36 a 45 años, 15 (12.5 %) de 16 a 25 años las más jóvenes. La media fue de 22 años. El 90% reportaron ser casadas. Los resultados que mostraron fue la prevalencia de depresión posparto fue de 20%, de ellas el 50% fueron primigestas. Los síntomas más frecuentes reportados fueron el sentimiento de desaliento, sentimiento de culpa, irritabilidad, temor y tristeza (5).

**Molero L, Urdaneta R, Zanabria C, Zambrano N, Contreras A, Azuaje E, et al.**, en su investigación “Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas.2012”, en San Francisco - Venezuela, un estudio comparativo con diseño no experimental, transaccional, trabajaron con una población de 100 puérperas, divididas en dos grupos pareados de 50 adolescentes y 50 adultas; el objetivo comparar la prevalencia de depresión postparto (DPP) entre puérperas adolescentes y adultas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Dr. Manuel Noriega Trigo" las que fueron evaluadas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS), en cuanto a los resultados las madres

adolescentes mostraron un puntaje promedio menor que las adultas ( $p < 0,001$ ), indicativo de un menor riesgo de presentar DPP, realizándose el diagnóstico presuntivo de esta entidad de 4% en puérperas adolescentes y 72% de las adultas, que al confirmarse mediante la entrevista del DSM IV determinó una prevalencia de 2% y 38%, respectivamente. En términos generales, se encontró una prevalencia de puérperas deprimidas del 20%, cifra sorprendentemente alta para un país como Venezuela donde existe un subregistro de esta patología, puesto que no se pesquisa de forma sistemática (6).

**Carrillo M.**, en su investigación “Factores Asociados a Depresión Posparto en Mujeres que acuden al Hospital General. 2012”, Toluca – México, tipo de estudio descriptivo, transversal, prospectivo, en una población de 305 mujeres en etapa de puerperio, con el objetivo de Identificar los factores asociados que causan la Depresión Posparto en las mujeres que acuden al Hospital General, para esta investigación utilizaron como instrumento la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh, reportan los siguientes resultados, del total de mujeres encuestadas, 235 (77%) de ellas obtuvieron el producto por medio de parto vaginal, y el resto, es decir 70 (23%) por cesárea. Se observó que la frecuencia de Depresión Posparto en el total de las mujeres, fue del 25%. De las 77 mujeres con Depresión Posparto la frecuencia de edad fue de los 15 hasta los 42 años de edad. Se observó que en las mujeres con Depresión Posparto, el estado civil predominante fue la Unión Libre (77%), seguido del estado civil Casada (13%) y por último (10%) fueron Solteras. Sobre el grado

de escolaridad: el 58% secundaria, 21% primaria, el 12% bachillerato, 5% analfabetas y 4% con carrera técnica (7).

**Urdaneta R, Molero L, Charle S, Nasser B, Zambrano R, Alfi C, et al.,** en su estudio "Factores de riesgo de Depresión Posparto en Puérperas Venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo.2010", Hospital Universitario de Maracaibo – Venezuela, quienes realizaron una investigación descriptiva con el objetivo de determinar los factores de riesgos para DPP en puérperas atendidas en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza" una población de 100 puérperas, el instrumento que utilizaron fue Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS) en cuanto a los resultados encontraron: que sólo el hecho de tener un nivel educativo primario o inferior aumentaba 7 veces el riesgo de presentar DPP ( $p<0,001$ ), mientras que el haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector ( $p<0,05$ ). También encontraron una cifra sorprendentemente alta de puérperas deprimidas, con diversos factores de riesgos; determinándose que de las características evaluadas, tanto de índole biológico, psicológico como social, solamente mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP el nivel educativo expuesto anteriormente (2).

**Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E, et al.,** en su estudio "Caracterización de Madres Deprimidas en el Posparto. 2010", Santiago - Chile, estudio descriptivo, la investigación realizada en cinco consultorios de atención primaria de salud de la Región Metropolitana; teniendo como objetivo describir las características socio demográficas y

clínicas de las mujeres que participaron en el ensayo clínico aleatorizado para el tratamiento de la DPP, trabajaron con 440 puérperas entre 1 a 11 meses posparto con un rango de edad entre 15 y 46 años, reportan los siguientes resultados: El 47% había cursado educación media completa y 25,7% educación media incompleta; 33,4% señaló ser casada, 32,3% convivir con su pareja, y 27,5% reportó ser soltera. El 68,4% declaró vivir con su pareja y 21,8 con sus padres en el mismo hogar. El 82,7% indicó ser dueña de casa y 12,1% ser trabajadora. El promedio de hijos, incluyendo al último, fue de dos. Encontró una correlación débil pero significativa entre un mayor puntaje en el EPDS con una menor educación ( $r = 0,102$ ;  $p = 0,033$ ); un mayor número de hijos ( $r = 0,186$ ;  $p < 0,001$ ) y de embarazos ( $r = 0,194$ ;  $p < 0,001$ ), una mayor diferencia con el hermano que le antecede ( $r = 0,161$ ;  $p = 0,001$ ); respectivamente (8).

**Cosme E, Sifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández A, Ortiz S, et al.,** en su estudio, “Prevalencia de Depresión Posnatal en Mujeres Atendidas en Hospitales Públicos. 2009”, Durango - México, estudio transversal, con el objetivo de estudiar la prevalencia de depresión posnatal y las características epidemiológicas, en una población de 178 mujeres recién egresadas y en periodo posparto, las cuales fueron invitadas y todas aceptaron participar en el estudio, 93 residían en área urbana mientras que 85 en área rural, La mayoría de las mujeres nació en México (99.4 %) y solo una en Estados Unidos (0.6%). Las mujeres tenían 16 a 43 años de edad (media 23 años) y pertenecían a un nivel socioeconómico bajo. La mayoría de las mujeres era ama de casa (87.2%), de religión católica (58%); los estados civiles

predominantes fueron unión libre (43.2%) y casadas (38.2%), el instrumento que se les aplicó la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgh, y la depresión lo evaluó utilizando los criterios del DSM-IV. Los resultados que obtuvieron de las 178 mujeres estudiadas, 66 mostraron resultados sugestivos de depresión posnatal que hace 32.6%. Las prevalencias de depresión mayor fue 14.1% y menor 18.5%. De las 93 mujeres del área urbana estudiadas, 25 tenían depresión (26.9%). La prevalencia de depresión mayor (15.1%) y menor (11.8%) en las mujeres de área urbana. De las 85 mujeres rurales estudiadas, 33 tenían depresión (38.8%). La prevalencia de depresión mayor (12.95) y menor (25.9%) en mujeres rurales. La prevalencia general de depresión posnatal en las mujeres rurales (38.8%) fue más alta pero no estadísticamente significativa, en comparación a las mujeres urbanas (26.9%) ( $p=0.09$ ). Hubo depresión significativa mayor en mujeres hasta con seis años de educación, en comparación con aquellas con más de seis años de educación (9).

**Sulca K.**, en su estudio “Violencia Intrafamiliar en Adolescentes y su Relación con la Depresión Postparto. 2014”, Lima – Perú, estudio observacional descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en 150 puérperas adolescentes hospitalizadas, con el objetivo de analizar la relación entre la violencia intrafamiliar y depresión postparto en puérperas adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el instrumento que utilizo es la Escala de Depresión de Zung (EZ-D), los resultados que encontró son: el 25.3% sufrió Depresión leve, 12.7% Depresión moderada y el 2.7% Depresión severa. La prevalencia total de depresión fue de 40.7%; con relación estadísticamente

significativa entre la violencia física durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión severa ( $p=0.003$ ) (10)

**Paima R, Vásquez R.**, en su estudio de investigación “Prevalencia y Asociación entre la Cesárea no Programada y la Depresión Postparto en Post-Cesareadas Adolescentes. 2010”, Lima–Perú, realizaron un estudio observacional, transversal, en 503 mujeres adolescentes postc-esareadas que fueron atendidas en el INMP, con el objetivo de determinar la prevalencia de la depresión postparto y la asociación que existe entre la cesárea no programada con la depresión post-parto, usaron la Escala Edimburgo para la Depresión Postparto. En los resultados reportan una prevalencia de 39% de depresión postparto en adolescentes post-cesareadas, 54% de las cesáreas no programadas en las adolescentes resultaron con probable depresión postparto (11).

**Vásquez E, Sangama R.**, en su estudio “Relación entre Características Sociodemográficas y Riesgo de Depresión Posparto en Puérperas que consultan en la Clínica Corpomedic Tarapoto. 2012”, estudio con enfoque cuantitativo, descriptiva correlacional en treinta (30) puérperas, con el objetivo de determinar la relación existente entre las características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas, utilizaron la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), reportan que no existe una asociación significativa entre el riesgo de depresión posparto y las características socio demográficas: edad, estado civil, ocupación, paridad, número de hijos vivos, nivel educacional y nivel de ingreso, en las puérperas.

Reportaron un mayor riesgo de depresión posparto en el 66,7% de las puérperas. Otros resultados refieren que: Un 73,3% de jóvenes entre los 20 a 30 años de edad, 80% estaban acompañadas por su pareja, ya sea por unión estable o por encontrarse casadas. El 36,7% de ellas fueron amas de casa y 50% primíparas; en relación a la paridad el 46,7% refirió tener un solo hijo. El 30% de las puérperas poseían estudios de secundaria completa y 40% tuvo ingresos entre 501 a 750 nuevos soles. El 60% manifestó que su embarazo fue deseado y planeado por la pareja y el 56,7% refirieron parto por cesárea (12).

### **1.3. Bases teóricas:**

#### **1.3.1. Puerperio**

El término puerperio (puer, niño y parere, producir) se refiere al periodo de seis semanas que transcurre desde que termina el trabajo de parto, mientras los órganos de la reproducción regresan al estado normal. Incluye los cambios progresivos de los senos para la lactancia como la involución de los órganos internos de la reproducción. Los cambios que la involución produce son procesos fisiológicos normales; sin embargo, ésta no se produce en otras circunstancias sin que afecte el estado de salud en general. Por este motivo, la calidad de los cuidados para la madre en esta etapa es importante para asegurar su bienestar emocional y su salud futura y se reconoce por: (13)

- La involución de las modificaciones anatomofisiológicas que se producen durante el embarazo y el parto.
- La instauración de la secreción láctea.
- El reajuste psicológico de la madre.
- El establecimiento de la relación padres-hijo.

En el postparto la mujer experimenta muchos cambios en el cuerpo, aunque son tan normales, no por ello dejan de ser estados fisiológicos y psicológicos potencialmente peligrosos. La valoración y el cuidado del postparto incluyen tanto un enfoque fisiológico como psicológico.

El postparto se divide en:

- **Puerperio inmediato:** comprendido en las primeras 24 horas.
- **Puerperio propiamente dicho o clínico:** hasta el 7º día.
- **Puerperio tardío:** desde el octavo día hasta la primera menstruación.

Las modificaciones anatómicas suelen volver a la normalidad hacia el final de la sexta semana del postparto, en especial el aparato genital. Se considera que la filosofía reproductiva de la mujer se normaliza con la aparición de las primeras menstruaciones.

### 1.3.2. Depresión

La depresión es una enfermedad mental común que se presenta con pérdida de ánimo, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de



culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala concentración. Aun cuando la depresión es causa de incapacidad para hombres y mujeres, la carga de la depresión es un 50% mayor en las mujeres.

La investigación en los países en vías de desarrollo sugiere que la depresión en las madres puede ser un factor de riesgo para retraso del crecimiento en los niños pequeños. Este factor de riesgo puede significar que la salud mental materna en los países de bajos ingresos puede tener influencia importante en el crecimiento durante la niñez, afectando de este modo la depresión no solo a la generación actual sino también a la siguiente (10).

### **Clasificación de la depresión:**

Los trastornos del estado de ánimo incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Los episodios afectivos son: (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco). Estos episodios sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar »), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la

etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores. Otros trastornos del estado de ánimo: El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, el trastorno del estado de ánimo no especificado: trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda). Algunas de las especificaciones describen el episodio afectivo actual (o el más reciente) (p. ej., grave/psicótico/en remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el posparto) (15). Especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente: describen el curso de los episodios afectivos recidivantes (p. ej., especificaciones de curso, con patrón estacional, con ciclos rápidos). Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total (para un episodio depresivo mayor, para un episodio maníaco; para un episodio mixto, crónico con síntomas catatónicos con síntomas melancólicos con síntomas atípicos de inicio en el posparto).

## Niveles de depresión

Según su intensidad, los trastornos depresivos se pueden clasificar como: leves (Depresión Menor) y graves (Depresión Mayor).

- **Depresión Leve.** La depresión leve puede ser caracterizada respecto de que el paciente obtenga puntuaciones más bajas en las escalas estandarizadas de depresión, con breve duración de los síntomas o con criterios mínimos para la depresión. El DSM IV señala que la depresión leve puede definirse como la presencia de entre 5 a 6 síntomas leves, además de experimentar sólo un leve deterioro en su funcionamiento.
- **Depresivo grave.** También llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida. (16).

### 1.3.3. Depresión postparto

Se define a la Depresión Posparto (DPP) como un estado de ánimo donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional. Estado que empieza

dentro de las 4 a 6 semanas después del parto con una incidencia de 3 a 27% que puede durar de un mes hasta más de un año. Se ha sugerido muchas etiologías especialmente la de los conflictos que se presentan al asumir el papel de madre, una personalidad inadecuada, episodios depresivos previos y la caída dramática en los niveles hormonales. Se estima que alrededor del 10 al 15% de las madres sufre de depresión posparto y que aproximadamente 2 de 1000 mujeres presenta psicosis durante el primer año de vida de su hijo.(7)

### **Antecedentes psiquiátricos previos**

- **Factores psicológicos:** El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios. El modelo de madre ideal, abnegada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer. El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito ocasiona problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de este. Al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo.
- **Factores de morbilidad:** La existencia de dificultades para lograr un embarazo en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre. La morbilidad del recién nacido en la que se han estudiado como factores asociados a la presencia de

anomalías o enfermedades como problemas respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, muerte neonatal y otros.

- **Factores psicosociales y sociodemográficos:** La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos ya sea para realizar las tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, por parte de familiares o de su pareja, aumenta el riesgo de padecer estos trastornos. La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja, son también factores de riesgo para el desarrollo de esta patología. En un estudio realizado en Argentina en 140 mujeres durante el puerperio se observó un mayor porcentaje de depresión en las mujeres de 15 a 20 años, en mujeres primíparas y en mujeres que no contaban con una pareja estable.(17)

### **Causas de la depresión posparto**

La causa exacta de la depresión posparto no está clara. No obstante, las investigaciones realizadas y los profesionales especializados en esta rama de la medicina apuntan que hay una serie de factores que contribuyen a su desarrollo. Entre ellos se incluyen:

- **El parto:** Para algunas mujeres, el parto no se ajusta a sus expectativas, ese sentimiento de “decepción” puede causar depresión, algunas mujeres

que han desarrollado depresión posparto, tuvieron partos traumáticos o difíciles, o bebés prematuros o con problemas de salud.

- **Factores biológicos:** Un pequeño porcentaje de las mujeres que desarrollan depresión posparto sufre una disfunción temporal de la glándula tiroidea, asociada a los cambios del estado de ánimo. De esto se desprende que algunas mujeres pueden ser especialmente vulnerables a los cambios hormonales que sobrevienen después de dar a luz. Sin embargo, no hay ninguna prueba científica concluyente que avale esta hipótesis, aunque se sigue investigando al respecto.
- **Cambios en el modo de vida:** El nacimiento de un hijo provoca cambios profundos en la vida de la madre, los recién nacidos dan mucho trabajo, puesto que precisan atención constante hay que alimentarlos, bañarlos, calmarlos cuando lloran, dormirlos, etc. Y todo esto resta muchas horas de sueño, la madre de un recién nacido asume de repente una gran responsabilidad que abarca las 24 horas del día, y por consiguiente pierde la libertad que tenía antes de dar a luz. Además, la llegada de un hijo puede afectar en gran medida a todas las relaciones, y en ocasiones incluso provocar una gran tensión. Este sentimiento de pérdida puede causar depresión. A veces, la madre necesita tiempo para encontrar los mecanismos que le permitan adaptarse a la nueva situación.
- **Circunstancias de carácter social:** Algunos hechos de la vida cotidiana, como el duelo por la pérdida de un ser querido, o la enfermedad, pueden

ser fuente de estrés y tensiones, incluso antes del parto. Otros factores que pueden influir son el desempleo y la pobreza, las mujeres que están aisladas de sus familias, o que no tienen una pareja en la que apoyarse, pueden ser más propensas a sufrir depresión posparto.

- **Antecedentes personales:** Otro factor decisivo en el desarrollo de la depresión posparto es la existencia de antecedentes de depresión.
- **Ideas preconcebidas sobre la maternidad:** Se tiene una idea preconcebida de la madre como una persona radiante y llena de energía, que vive en un hogar perfecto con una pareja que la apoya, la maternidad se percibe como algo innato, y no como algo que se puede aprender. A menudo, las mujeres que atraviesan dificultades durante las semanas y los meses posteriores al parto se sienten como si fuesen las únicas que se encuentran en esa situación. Esta falta de experiencia y conocimientos puede desencadenar un sentimiento sobrecogedor de incompetencia, una sensación de fracaso y aislamiento. Todo esto puede generar un profundo malestar emocional. (18)

### **Tipos de depresión posparto**

- **Tristeza puerperal.** También llamada “baby blues”, es tan común que se considera prácticamente normal. Sus efectos se hacen patentes entre dos y cuatro días después del parto e incluyen, entre otros, llanto, sentimientos de vulnerabilidad, irritabilidad, soledad y decaimiento. Y aunque el proceso

puede resultar angustioso, desaparece al poco tiempo con el apoyo de familiares y amigos.

- **Depresión Posparto sin Psicosis.** La prevalencia en EE.UU. es de 10-20% de las mujeres, en el lapso de 6 meses después del parto. Los factores de riesgo incluyen la historia personal de depresión mayor, historia de desórdenes premenstruales (pero no necesariamente el síndrome premenstrual leve o moderado), estrés psicosocial, historia de trastornos de la alimentación y el inadecuado soporte psicosocial. Los síntomas pueden incluir sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre, trastornos del sueño y el apetito y dificultad en la concentración. Los trastornos del sueño son habitualmente caracterizados por dificultad para dormir incluso cuando alguien este cuidando al bebé. Esos pensamientos tienen rasgos de obsesividad, pero raramente llegan al acto, en ausencia de psicosis. Sin embargo, cuando una mujer con depresión postparto sin psicosis severa llega a conductas suicidas, puede considerar también matar a su hijo, e incluso a sus hijos más pequeños, muchas veces siguiendo el deseo de no abandonarlos. Es significativamente más probable producir depresión en mujeres con historia de depresión postparto que en mujeres sin antecedentes al respecto.(17)
- **Depresión Posparto con Psicosis:** En estos casos se observan cuadros de psicosis, con alucinaciones y/o delirio dentro de las 3 semanas luego del parto. Puede ser un episodio que se registre por primera vez en la vida



de la paciente, o bien como parte de un problema recurrente. En su inicio suele aparecer más frecuentemente con rasgos de trastorno bipolar, que como trastornos del ánimo, comparando estos episodios con los trastornos psicóticos no asociados al postparto, se observa más desorientación y labilidad en forma característica, las mujeres con depresión postparto con psicosis pueden tener mejorías temporarias en apariencia, despistando a pacientes y cuidadores, haciéndoles pensar que se han recuperado, pero al poco tiempo empeoran sus síntomas depresivos y psicóticos, comparando con episodios de depresión sin psicosis, las mujeres con psicosis puerperal tienen más probabilidades de terminar haciendo daño a sus hijos, al pasar al acto con mayor facilidad. Si bien en los casos en donde se ha implementado un tratamiento exitoso no se ha visto aumentado el riesgo de daño para los hijos, la depresión postparto con psicosis tiene una alta probabilidad de recurrencia, tanto durante el período del postparto, como fuera de él, si no se realiza tratamiento de mantenimiento. (17)

### **Síntomas de la depresión en el posparto.**

La depresión posparto puede presentar un gran abanico de síntomas, con diversos grados de intensidad dependiendo de los casos.

- **Irritabilidad:** Propensión a la irritación y enfado, a veces sin motivo aparente.

- **Ansiedad:** Sensación de incompetencia o de no ser capaz de salir adelante. Se puede mostrar preocupación por cosas que en condiciones normales se dan por sentadas. Algunas mujeres se sienten tan tensas que no son capaces de salir de casa y se muestran reacias a relacionarse con sus amistades. En otros casos también se evidencia un cierto temor a quedarse a solas con el recién nacido.
- **Crisis de ansiedad:** Otro indicio pueden ser las crisis de ansiedad, también llamadas crisis de pánico o ataques de ansiedad. Sus síntomas incluyen manos sudorosas, palpitaciones y náuseas y pueden sobrevenir en cualquier momento del día, durante las actividades cotidianas. Los ataques de ansiedad son a menudo impredecibles y pueden resultar muy angustiosos, hasta el punto que se llegan a evitar ciertas situaciones o actividades si anteriormente se ha sufrido una crisis durante la realización de las mismas.
- **Problemas de sueño:** Problemas para conciliar el sueño, incluso si el recién nacido está durmiendo plácidamente.
- **Cansancio:** Sensación constante de cansancio y letargo, incapacidad para hacer frente a las tareas domésticas. También puede surgir falta de interés en la propia apariencia física, en el deseo sexual y en el entorno en general.

- **Concentración:** Otro síntoma habitual es la pérdida de la capacidad de concentración, o la sensación de estar confundida o distraída.
- **Apetito:** Puede afectar de dos formas: a veces se pierde el apetito y otras se come compulsivamente. En consecuencia se puede perder o ganar peso.
- **Llanto:** Llanto frecuente e incontrolable, en ocasiones sin motivo aparente.
- **Comportamiento obsesivo:** Limpiar la casa minuciosamente e intentar mantener siempre un nivel demasiado alto es una característica de este tipo de comportamiento. Algunas mujeres presentan miedos abrumadores, por ejemplo a la muerte. Otras afirman tener pensamientos recurrentes en los que dañan a su hijo, aunque las madres rara vez actúan en consecuencia. (16)

### **Consecuencias de la Depresión Posparto**

La existencia de depresión en la madre tiene repercusiones en el desarrollo del niño, las cuales van a depender de la duración de la misma.

- **Alteración en la relación madre-hijo.** La relación entre ellos se ha definido como negativa cuando la madre se encuentra deprimida

caracterizándose por el rechazo, la hostilidad, la crítica y la indiferencia afectiva.

- **Alteraciones en el desarrollo cognitivo.** En un estudio realizado en hijos de mujeres primíparas con depresión posparto durante el primer año encontraron alteraciones en el desarrollo cognitivo a los 28 meses de edad, sin embargo en este aspecto el estudio aún no es concluyente.
- **Socialización deficiente.** Los hijos de madres deprimidas presentan una menor sociabilidad lo cual se le atribuye a la falta de estimulación y al poco contacto materno que tienen los hijos de madres deprimidas durante el primer año de vida.
- **Alteraciones en la educación de los hijos.** La crianza de los hijos se ve influida cuando la madre presenta Depresión Posparto y la importancia de la crianza sobre el desarrollo social del niño se relaciona con la trascendencia de la estimulación, la sensibilidad, y el contacto materno durante los primeros años de vida e el desarrollo social de los niños.
- **Alteraciones en la dinámica familiar.** La depresión es una enfermedad crónica que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social tanto de la madre como de la familia.(7)

#### 1.3.4. Características Socio-demográficas

Las características sociodemográficas son los aspectos sociales y biológicos de la puérpera y se ha considerado a:

**Nivel Económico.** Según ingresos mensuales totales en la vivienda, comparado con la canasta básica total del año 2012. Se considerara bajo si es igual o menor que 750 nuevos soles.

**Sexo.** Es la asignación de varón o mujer que se asigna a la persona en función a los genitales y características secundarias; definitivamente, el trastorno depresivo mayor es más común en las mujeres, con independencia del país donde se realice la observación. Se considera que la mujer tiene una probabilidad dos veces mayor de padecer esta enfermedad que el hombre. En nuestro país no contamos con estudios que permitan evaluar diferencias culturales de género en la presentación y el curso clínico de los trastornos depresivos ni la distimia entre hombres y mujeres. En la clínica se observan diferencias en la manifestación de la sintomatología, dadas por la mayor irritabilidad y menor llanto en la depresión masculina, así como también una mayor frecuencia de conductas de riesgo o consumo de sustancias en comparación con las mujeres. (15)

**Edad.** Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual, medida en años o edad cronológica de la madre al momento de puerperio. Se considerara: adolescentes: 11 a 19 años, jóvenes: 20 a 30 años, adultas: 31 años en adelante. Aunque esta enfermedad puede presentarse a cualquier

edad, es usual que el diagnóstico se realice en personas entre los cuarenta y los cincuenta años.

**Estado civil.** Es la condición de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o tipo de unión con la pareja, que establece ciertos derechos y deberes. Se considerará: soltera no conviviente, soltera conviviente, casada, divorciada y viuda. Como se ha anotado, parece ser que el matrimonio, es un factor de protección para la enfermedad especialmente en hombres; aunque se observa mayor depresión en mujeres sin una pareja íntima estable. Parece ser que el matrimonio (a diferencia de lo que sucede con el hombre) no protege a la mujer de este trastorno; de igual modo, los partos, crianza de los hijos, falta de trabajo fuera de su hogar y actitud de indefensión aprendida a lo largo de la evolución predisponen a la mujer para sufrir depresión.

**Clase social.** Es la clasificación de la persona en función de los indicadores que maneja el INEI (ingresos, ocupación, bienes, etc.), se considerará Baja, media y alta. El no haber cubierto satisfactoriamente las necesidades materiales básicas, parece ser un factor que influye en la aparición de los trastornos depresivos, aunque no existe una relación directa entre la depresión mayor y la clase social. Por desgracia, dada la inequidad de muchos sistemas estatales de salud, la población económicamente débil tiene poca facilidad de acceso a los sistemas sanitarios y cuando lo consigue, consultará sobre problemas de salud físicos apremiantes, prestando poca atención a la salud mental, lo que al final se traducirá falsamente en un aparente menor número de personas pobres con trastornos depresivos.

**Entorno social.** Esta sociedad consumista, hostil y competitiva que presta más atención al dinero que a las personas propicia en gran medida la aparición de algunas depresiones. La progresiva reducción del apoyo social, de las costumbres morales y de los principios a los que acogerse provoca en algunas personas una sensación de indecisión y de no saber adónde van, que facilita la caída en la depresión. El tratamiento que se presta en algunos centros, carente de humanidad, para salir del paso y sin tiempo para escuchar, influye de un modo determinante en la codificación de algunos cuadros depresivos, por lo que hay que defender siempre una asistencia digna y de calidad. (19)

**Ocupación:** actividad o trabajo habitual, remunerado o no. Se considerará: ama de casa, empleado estable, empleado inestable, trabajo independiente, desempleado y otro.

**Paridad:** número de partos totales. Se considerará: primíparas = un solo parto, múltiparas = dos o tres partos, gran múltipara= cuatro o más partos.

**Número de hijos vivos:** cantidad de niños que viven. Se considerará: primero, segundo, tercero, etc.

**Nivel Educativo:** máximo grado de instrucción alcanzado. Se considerará: sin estudios, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnica completa, técnica incompleta, universitario incompleto, universitario completo.

**Embarazo Deseado:** definido como aquel estado de gravidez que ha sido buscado y/o previamente planificado por la pareja. Se considerará: embarazo deseado, embarazo no deseado.

#### **1.4. Justificación y/o importancia.**

Los trastornos del estado de ánimo durante el puerperio conllevan una serie de consecuencias negativas, tanto para la propia mujer, que a consecuencia de ello se ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como para su familia, ya que puede afectar el desarrollo de los hijos y deteriorar las relaciones conyugales.(5)

A pesar de la alta prevalencia a nivel mundial, en nuestro país son pocos los estudios que se han hecho con relación a la Depresión Posparto. La importancia de ésta radica en los riesgos que conlleva tanto para la madre como para su hijo, dado que la Depresión Posparto es una patología frecuente y sub diagnosticada en la atención médica de primer contacto, es importante que el obstetra se involucre al igual que el personal de salud que está implicado en la atención prenatal aprenda a identificar los síntomas desde su inicio o bien, en el momento que la madre tenga contacto con él por las implicancias que presenta para ambos.(17)

Las implicancias sociales de la depresión posparto es la desintegración de vínculos familiares, pacientes que cursan con esta patología sufren deterioro en distintos ámbitos de su vida dando como resultado alteración en la relación



madre-hijo debido a que la madre se encuentra deprimida, presentando rechazo no sólo con el recién nacido sino también con la pareja, hostilidad, críticas frecuentes e indiferencia afectiva. Presentan también socialización deficiente lo cual se le atribuye a la falta de estimulación y al poco contacto materno que tienen los hijos de madres deprimidas durante el primer año de vida. (13)

La mayor parte de las pacientes que presentan depresión posparto no son diagnosticados y muchos de las que si se diagnostican no llegan a recibir tratamiento adecuado por parte de un profesional de la salud debido a que la sintomatología no es reconocida, pasando inadvertida de forma inicial por lo que es de vital importancia realizar su diagnóstico temprano para iniciar tratamiento oportuno por las implicancias que tiene para la vida de la paciente debido a que incluso sus actividades laborales se ven seriamente mermadas ya que no lo hacen de forma habitual, presentando ausentismo laboral frecuente o disminución de su rendimiento por lo que es de gran trascendencia su diagnóstico y tratamiento oportuno reduciendo su vida productiva. O bien, aquellas pacientes que se dedican al hogar, presentan síntomas inespecíficos frecuentes por lo que acuden de forma continua a los servicios de salud generando sobreutilización de los mismos. (7)

La presente investigación tiene como propósito determinar la prevalencia de depresión posparto existente en las puérperas que consultan en los establecimientos de salud; Hospital II EsSalud y Hospital II-2 MINSA-Tarapoto en el periodo comprendido entre setiembre 2015 y enero del 2016, ubicados

en los Distrito 9 de abril y la Banda de Shilcayo, respectivamente, Provincia y Departamento de San Martín. En la misma investigación pretendemos comparar la prevalencia de depresión posparto existente entre ambos establecimientos de salud.

Los resultados que se desprendan del trabajo, servirá a ambas instituciones como evidencia para la formulación y elaboración de protocolos que conduzcan en primer lugar al diagnóstico temprano y luego protocolos de tratamiento y prevención, para evitar el deterioro de la relación madre-hijo que tanto daño hace en el componente afectivo-emocional, con graves consecuencias en el desarrollo emocional conativo de los niños y futuros ciudadanos.

### **1.5. Formulación del problema.**

¿Cuál es la influencia de las características socio-demográficas en la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Setiembre 2015 - Enero 2016?

## **II. OBJETIVOS:**

### **2.1. Objetivo general:**

Determinar la influencia de las características socio-demográficas en la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud y MINSA II-2 Tarapoto. Setiembre 2015 - Enero 2016.

## **2.2. Objetivo específicos:**

1. Identificar las principales características sociodemográficas de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 Tarapoto.
2. Determinar la proporción de depresión post parto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 Tarapoto.
3. Determinar y comparar el grado de influencia de las características socio-demográficas en la depresión posparto en puérperas atendidas según establecimiento de salud: Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

## **2.3. Hipótesis de investigación:**

Existe influencia de las características sociodemográficas en la depresión posparto (edad adolescentes, estado civil soltera, hijo no deseado, ocupación ama de casa, grado de instrucción primaria y/o iletrada, nivel socioeconómico bajo, primíparas, no tener pareja estable, familias disfuncionales) en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud – Tarapoto y Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

#### **2.4. Operacionalización de variables:**

| VARIABLE                                                                | DEFINICION CONCEPTUAL                                                       | DEFINICION OPERACIONAL                                                                                                                                                 | DIMENSIONES                  | INDICADORES                        | SUB - INDICADORES                                                                                                    | ESCALA  |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Variable Independiente:</b><br><br>Características Sociodemográficas | Cualidades que determinan los rasgos sociales y demográficos de una persona | Son aspectos sociales y demográficos de cada una de las puérperas que participan del estudio, relacionados con las características, demográficas personales y sociales | Características Demográficas | Edad                               | < 16 años<br>21-25 años<br>31-40 años<br>16-20 años<br>26-30 años<br>> 40 años                                       | Ordinal |
|                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                        |                              | Estado Civil                       | Soltera<br>Viuda<br>Casada<br>Divorciada<br>Conviviente                                                              | Nominal |
|                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                        |                              | Ocupación                          | Costurera<br>Ama de casa<br>Comerciante<br>Empleada pública<br>Chofer<br>Agricultora                                 |         |
|                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                        |                              | Grado de instrucción               | Analfabeta<br>Secundaria<br>Primaria<br>Superior                                                                     |         |
|                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                        | Características Sociales     | Ingreso Familiar mensual           | ≤ 500 soles<br>801 - 1200<br>> 1600<br>501 - 800<br>1201 – 1600                                                      | Ordinal |
|                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                        |                              | Quiénes contribuyen con el ingreso | Conyugue<br>Ambos<br>Puérpera<br>Otros                                                                               | Nominal |
|                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                        |                              | Ocupación de la pareja             | Agricultor<br>Chofer<br>Obrero<br>Empleado Público<br>Empleado privado<br>Otro<br>Profesor<br>Comerciante<br>Su casa |         |
|                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                        |                              | Lugar donde vive la puérpera       | Tarapoto<br>Banda de Shilcayo<br>Otro distrito<br>Morales                                                            |         |
|                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                        |                              | Tipo de familia que componen       | Nuclear<br>Ampliada con padres<br>Ampliada con otros familiares<br>Multifamiliar                                     |         |
|                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                        |                              | Tenencia de la vivienda            | Propia<br>Alquilado<br>Familia<br>Guardianía                                                                         |         |
|                                                                         |                                                                             |                                                                                                                                                                        |                              | Grado de instrucción de la pareja  | Iltrado<br>Primaria<br>Secundaria                                                                                    | Nominal |

|                                                    |                                                                   |                                                                                                           |               |                                                    |                                                                                                        |                                     |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|                                                    |                                                                   |                                                                                                           |               |                                                    | Superior                                                                                               |                                     |
|                                                    |                                                                   |                                                                                                           |               | Quien toma las decisiones en la familia            | Ambos padres<br>Sólo la esposa<br>Sólo el esposo<br>Hijo/a Mayor<br>Padres e hijos<br>Otros familiares |                                     |
|                                                    |                                                                   |                                                                                                           |               | Apoyo de familiares para cuidar su salud y al bebe | Si<br>No                                                                                               |                                     |
|                                                    |                                                                   |                                                                                                           |               | Violencia familiar                                 | Siempre<br>Nunca                                                                                       | A veces                             |
|                                                    |                                                                   |                                                                                                           |               | Tipo agresor de la violencia familiar              | Conyugue<br>Otros familiares                                                                           | Hijos<br>Ninguno                    |
|                                                    |                                                                   |                                                                                                           |               | Tipo de violencia familiar                         | Física<br>Sexual<br>Otro                                                                               | Psicológica<br>Económica<br>Ninguna |
| <b>VARIABLE Dependiente:</b><br>Depresión posparto | Desarrollo de depresión en la madre tras el nacimiento de su hijo | Identificación del riesgo de depresión según la aplicación de la Escala de Depresión de Edimburgo (EDPs). | Sin depresión | Puntaje EDPs menor de 10                           |                                                                                                        | Ordinal                             |
|                                                    |                                                                   |                                                                                                           | Con depresión | Puntaje EDPs mayor igual a 10                      |                                                                                                        |                                     |

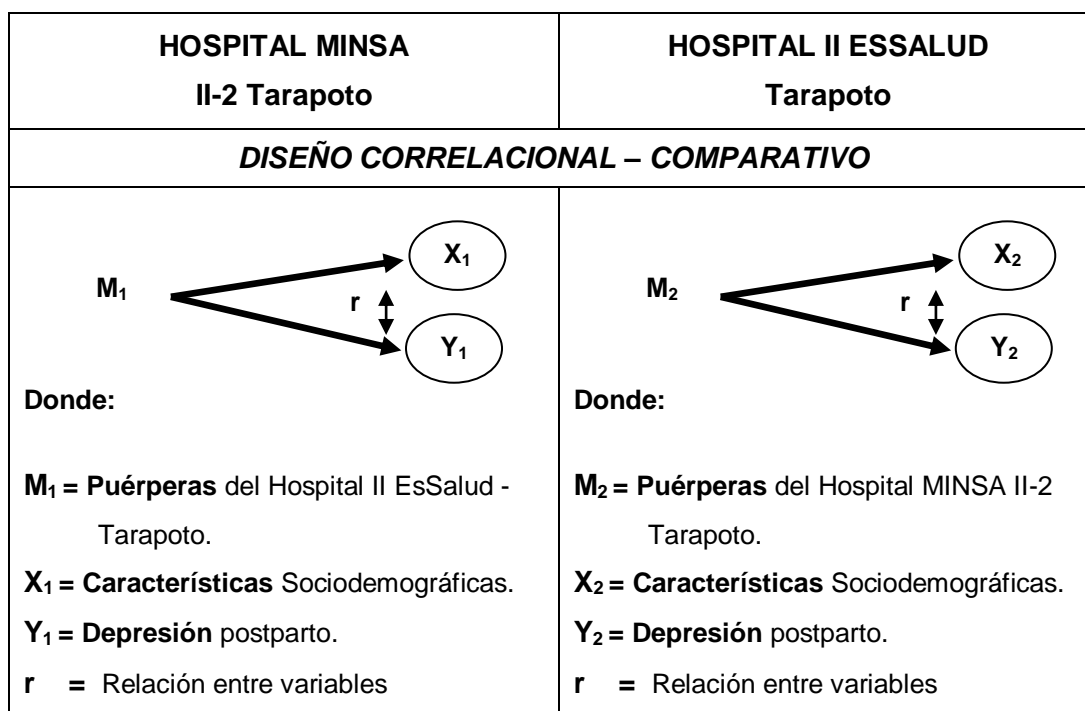
### III. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. Tipo de estudio.

La presente investigación está planteada con un enfoque cuantitativo, ubicándola dentro del tipo de investigación descriptiva correlacional con recolección de los datos retro prospectiva.

#### 3.2. Diseño de investigación.

En la presente investigación emplearemos el diseño comparativo correlacional cuyo esquema es el siguiente:



### 3.3. Universo, población y muestra.

#### Universo:

Conformado por todas las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 Tarapoto, durante el año 2015, que corresponde a proyecciones de las atenciones del año 2014 son 2,219 puérperas para MINSA y 1,229 para EsSalud (25, 26)

#### Población (N):

Conformado por todas las puérperas atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto y Hospital II EsSalud Tarapoto, proyectada en base a los registros del 2014 y para cuatro meses; se calcula un aproximado de 737 para MINSA y 415 para EsSalud.

#### Muestra (m):

Se determinó el tamaño de muestra por afijación proporcional de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z^2 p.q.N}{E^2 (N-1) + Z^2 p.q.}$$

Donde.  $Z = 1.96$  (95% confianza)

$$p = 0.8$$

$$q = 0.2$$

$$N = 1,152$$

$$e = 0.06$$



$$n = \frac{(1,96)^2 (0,8) (0,2) (1,152)}{(0,06)^2 (1,152-1) + (1,96)^2 (0,8) (0,2)}$$

$$n = \frac{(3,8416) (0,8) (0,2) (1,152)}{(0,0036) (1,151) + (3,8416) (0,16)}$$

$$n = \frac{708,083712}{(4,1436) + (0,614656)}$$

$$n = \frac{708,083712}{4,758256}$$

|            |
|------------|
| <b>149</b> |
|------------|

### Distribuido:

| Institución  | Población    |             | Muestra    |             |
|--------------|--------------|-------------|------------|-------------|
|              | fi           | %           | fi         | %           |
| MINSA        | 737          | 64%         | 95         | 64%         |
| EsSalud      | 415          | 36%         | 54         | 36%         |
| <b>Total</b> | <b>1,152</b> | <b>100%</b> | <b>149</b> | <b>100%</b> |

### Unidad de análisis

Una puérpera inmediata del Hospital MINSA II-2 Tarapoto o Hospital II EsSalud Tarapoto

#### 3.3.1. Criterio de inclusión:

Se han considerado los siguientes criterios de inclusión:

- Puérpera con un tiempo menor / igual a 24 horas post parto.
- Edad de 13 a 49 años,
- Deseo voluntario de participar en la investigación.

- Puérpera atendida en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto y II EsSalud Tarapoto en los 4 meses de recolección de datos
- Puérperas con capacidad física y mental para responder a las preguntas de la EPDs.

### **3.3.2. Criterio de exclusión:**

- Puérpera menor de 13 años y mayor de 49 años.
- Puérperas que estén bajo tratamiento psicofarmacológico /psicoterapéutico.
- Puérperas que no deseen participar en la investigación.
- Puérperas cuyos recién nacidos culminaron muertos o con malformaciones.
- Puérperas analfabetas o que presentaron discapacidad visual, debido a las características del instrumento empleado.

### **3.4. Procedimiento:**

Para realizar el estudio se seguirá el siguiente procedimiento:

- 1.- Se solicitó mediante carta dirigida a los Directores del Hospital MINSA II-2 Tarapoto y Hospital II EsSalud Tarapoto, autorización para la ejecución del presente proyecto.
- 2.- Se solicitó autorización para tener acceso a los domicilios de las puérperas que no asistan a su control en el establecimiento con la finalidad de solicitarles la información requerida a través de la aplicación de instrumentos, en sus propios domicilios.

- 3.- Se procedió a elegir en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto y II EsSalud Tarapoto, a las pacientes que participaron en la investigación de acuerdo con los criterios establecidos, las cuales tienen para asistir a una consulta posparto durante su puerperio inmediato.
- 4.- Se solicitó a las puérperas previamente su consentimiento informado de participación en el estudio
- 6.- El cuestionario fue contestado en forma auto administrada. En el Consultorio de Obstetricia de cada establecimiento de salud, en un ambiente (salón especial) o en el domicilio de las puérperas.
- 7.- Una vez recolectada la información se procedió a la elaboración de la base de datos en una matriz como Excel 2011.
- 8.- Se exportó a una base electrónica y analizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 22.
- 9.- Se procedió a la elaboración de las tablas y gráficos según los objetivos, problema e hipótesis de investigación.
- 10.-Se procedió al análisis y discusión de los resultados que se muestran en las tablas y gráficos.
- 11.-Se insistió en el carácter voluntario de la participación, se solicitó consentimiento informado de manera verbal, se aseguró la confidencialidad de los datos y se les explicó el propósito del trabajo.
- 12.-Las pacientes que obtuvieron un tamiz positivo fueron referidas al Servicio de Psicología, donde las atendieron los especialistas en el área de Psiquiatría y psicología.

### **3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos**

#### **Técnica de Recolección de Datos**

Se elaboró una encuesta para determinar los factores Sociodemográficos y los hábitos alimentarios. Además se utilizó la técnica de análisis documental a través de la revisión de Historias Clínicas convencional y materna perinatal para obtener los datos de peso, talla e índice de masa corporal.

#### **Instrumento de Recolección de Datos**

Para la recolección de datos se empleó dos instrumentos:

Para identificar las características sociodemográficas de las puérperas se utilizó la técnica de la encuesta auto administrada, resguardando su privacidad y confidencialidad, aplicando para ello un guión de entrevista de preguntas cerradas que se entregará a las puérperas, este instrumento fue elaborado por las autoras, tomando como referencia la operacionalización de variables (anexo 1).

Para medir el nivel de depresión postparto, se aplicó como instrumento un cuestionario Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depresión Scale - EPDS), creada por Cox et al. El año 1987, en centros de salud en Livingstony Edimburgh. Este instrumento consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana

anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

Las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 33 puntos.

**Pautas para la evaluación:** A las categorías de las respuestas se les dió puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3,4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación  $\geq 10$  muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para las preguntas del 10 -13, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

### **3.6. Plan de tabulación y análisis de datos.**

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en Excel 2011 y luego con SPSS 22, que permitió la elaboración de tablas simples, de doble entrada y gráficos. Se utilizó la estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje, media aritmética y desviación estándar para el análisis de los datos y la estadística inferencial para determinar la influencia de las características sociodemográficas con la depresión postparto, para ello usamos la prueba no paramétrica Chi Cuadrado con un nivel de confianza del 95%, es decir un valor  $p < 0.05$ .

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 01:** Características demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.

| <div> <div>Establecimiento de Salud</div> <div>Características</div> </div> | Hospital II EsSalud<br>(n = 54) |      | Hospital II-2 MINSA<br>(n = 95) |      | Total<br>(n = 149) |      |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------|---------------------------------|------|--------------------|------|
|                                                                             | fi                              | %    | fi                              | %    | fi                 | %    |
| <b>Edad</b>                                                                 |                                 |      |                                 |      |                    |      |
| < 16 años                                                                   | 0                               | 0,0  | 1                               | 1,1  | 1                  | 1.0  |
| 16 a 20 años                                                                | 2                               | 3,7  | 7                               | 7,4  | 9                  | 6.0  |
| 21 a 25 años                                                                | 16                              | 29,6 | 21                              | 22,1 | 37                 | 25.0 |
| 26 a 30 años                                                                | 16                              | 29,6 | 32                              | 33,7 | 48                 | 32.0 |
| 31 a 40 años                                                                | 20                              | 37,0 | 28                              | 29,5 | 48                 | 32.0 |
| > 40 años                                                                   | 0                               | 0,0  | 6                               | 6,3  | 6                  | 4.0  |
| <b>Estado Civil</b>                                                         |                                 |      |                                 |      |                    |      |
| Soltera                                                                     | 2                               | 3,7  | 4                               | 4,2  | 6                  | 4,0  |
| Conviviente                                                                 | 40                              | 74,1 | 69                              | 72,6 | 109                | 73,2 |
| Casada                                                                      | 12                              | 22,2 | 21                              | 22,1 | 33                 | 22,2 |
| Divorciada                                                                  | 0,0                             | 0,0  | 1                               | 1,1  | 1                  | 0,6  |
| <b>Ocupación</b>                                                            |                                 |      |                                 |      |                    |      |
| Costurera                                                                   | 0                               | 0,0  | 2                               | 2,1  | 2                  | 1,3  |
| Ama de casa                                                                 | 32                              | 59,3 | 61                              | 64,2 | 93                 | 62,4 |
| Empleada pública                                                            | 10                              | 18,5 | 15                              | 15,8 | 25                 | 16,8 |
| Empleada privada                                                            | 9                               | 16,7 | 10                              | 10,5 | 19                 | 12,8 |
| Agricultora                                                                 | 1                               | 1,9  | 3                               | 3,2  | 4                  | 2,7  |
| Comerciante                                                                 | 1                               | 1,9  | 3                               | 3,2  | 4                  | 2,7  |
| Otros                                                                       | 1                               | 1,9  | 1                               | 1,1  | 2                  | 1,3  |
| <b>Grado Instrucción</b>                                                    |                                 |      |                                 |      |                    |      |
| Primaria Incompleta                                                         | 0                               | 0,0  | 3                               | 3,2  | 3                  | 3,2  |
| Primaria Completa                                                           | 8                               | 14,8 | 11                              | 11,6 | 19                 | 20,2 |
| Secundaria Incompleta                                                       | 4                               | 7,4  | 21                              | 22,1 | 25                 | 26,6 |
| Secundaria Completa                                                         | 17                              | 31,5 | 29                              | 30,5 | 46                 | 48,9 |
| Superior Incompleta                                                         | 3                               | 5,6  | 6                               | 6,3  | 9                  | 9,6  |
| Superior Completa                                                           | 22                              | 40,7 | 25                              | 26,3 | 47                 | 50,0 |

Fuente: Encuesta realizado por las investigadoras

Se muestra la edad de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto donde el 37%(20) de las usuarias las edades oscilan entre 31 a 40 años, 29,6% (16) entre las edades 21 a 25 años y 26 a 30 años respectivamente. Asimismo en el MINSA el 33,7%(32) se encuentran en las edades de 26 a 30 años y 29,5% en 31 a 40 años.

En cuanto al estado civil de las puérperas, observamos que el 74,1%(40) y 72,6%(69) de usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y MINSA son convivientes respectivamente, seguida de las casadas con 22,2%(12) y 22,1%(21) respectivamente.

Según ocupación encontramos que el 59,3%(32) y 64,2%(61) de las puérperas son ama de casa tanto para EsSalud y MINSA respectivamente.

En relación al grado de instrucción de las puérperas de EsSalud y MINSA, el 31,5%(17) y el 30,5%(29) respectivamente tienen un grado de instrucción secundaria completa y educación superior completa con 40,7%(22) y 26,3%(25) respectivamente.

**Tabla 02:** Características sociales según ingreso familiar en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.

| <div> <div>Establecimiento de Salud</div> <div>Características</div> </div> | Hospital II EsSalud<br>(n = 54) |      | Hospital II-2 MINSA<br>(n = 95) |      | Total<br>(n = 149) |      |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------|---------------------------------|------|--------------------|------|
|                                                                             | fi                              | %    | fi                              | %    | fi                 | %    |
| <b>Ingreso Famili. Mensual</b>                                              |                                 |      |                                 |      |                    |      |
| <=500 soles                                                                 | 0                               | 0,0  | 28                              | 29,5 | 28                 | 18.7 |
| 501 a 800 soles                                                             | 3                               | 5,6  | 56                              | 58,9 | 59                 | 40.0 |
| 801 a 1200 soles                                                            | 0                               | 0,0  | 11                              | 11,6 | 11                 | 7.3  |
| 1201 a 1600 soles                                                           | 25                              | 46,3 | 0                               | 0,0  | 25                 | 16.7 |
| > 1600 soles                                                                | 26                              | 48,1 | 0                               | 0,0  | 26                 | 17.3 |
| <b>Quien contribuye</b>                                                     |                                 |      |                                 |      |                    |      |
| Conyugue                                                                    | 38                              | 70,4 | 62                              | 65,3 | 100                | 67,1 |
| Puérpera                                                                    | 0                               | 0,0  | 3                               | 3,2  | 3                  | 2,0  |
| Ambos                                                                       | 16                              | 29,6 | 28                              | 29,5 | 44                 | 29,6 |
| Otros                                                                       | 0                               | 0,0  | 2                               | 2,1  | 2                  | 1,3  |

Fuente: Encuesta realizado por las investigadoras

El ingreso económico familiar mensual de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud y Hospital II-2 MINSA – Tarapoto, durante el periodo septiembre 2015 a Enero 2016, osciló en un 48,1% (26) entre > 1,600 soles en las usuarias atendidas en el Hospital EsSalud y en un 58,9% (56) entre 501 a 800 soles en el Hospital MINSA II Tarapoto.

Así mismo evidenciamos que el cónyuge contribuye en mayor porcentaje al ingreso económico familiar mensual en un 70,4% (38) para EsSalud y en un 65,3% MINSA.



**Tabla 03:** Características Sociales de las púerperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.

| Establecimiento de Salud                                         | Hospital II EsSalud<br>(n = 54) |      | Hospital II-2 MINSA<br>(n = 95) |      | Total<br>(n = 149) |      |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------|---------------------------------|------|--------------------|------|
| Características                                                  | fi                              | %    | fi                              | %    | fi                 | %    |
| <b>Lugar donde vive</b>                                          |                                 |      |                                 |      |                    |      |
| Tarapoto                                                         | 24                              | 44,4 | 36                              | 37,9 | 60                 | 40,3 |
| Morales                                                          | 4                               | 7,4  | 9                               | 9,5  | 13                 | 8,7  |
| Banda de Shilcayo                                                | 8                               | 14,8 | 19                              | 20,0 | 27                 | 18,1 |
| Otro distrito                                                    | 18                              | 33,3 | 31                              | 32,6 | 49                 | 32,9 |
| <b>Tipo de Familia</b>                                           |                                 |      |                                 |      |                    |      |
| Nuclear                                                          | 50                              | 92,6 | 86                              | 90,5 | 136                | 91,3 |
| Ampliada con padres                                              | 4                               | 7,4  | 9                               | 9,5  | 13                 | 8,7  |
| <b>Tenencia de la vivienda</b>                                   |                                 |      |                                 |      |                    |      |
| Propia                                                           | 42                              | 77,8 | 71                              | 74,7 | 113                | 75,8 |
| Familiar                                                         | 4                               | 7,4  | 10                              | 10,5 | 14                 | 9,4  |
| Alquilado                                                        | 8                               | 14,8 | 14                              | 14,7 | 22                 | 14,8 |
| <b>Apoyo de familiares para cuidar su salud y la de su bebé.</b> |                                 |      |                                 |      |                    |      |
| No                                                               | 4                               | 7,4  | 9                               | 9,5  | 13                 | 8,7  |
| Si                                                               | 50                              | 92,6 | 86                              | 90,5 | 136                | 91,3 |
| <b>Quién toma las decisiones en la familia</b>                   |                                 |      |                                 |      |                    |      |
| Ambos padres                                                     | 53                              | 98,1 | 92                              | 96,8 | 145                | 97,3 |
| Sólo la esposa                                                   | 0                               | 0,0  | 3                               | 3,2  | 3                  | 2,0  |
| Solo el esposo                                                   | 1                               | 1,9  | 0                               | 0,0  | 1                  | 0,7  |

Fuente: Encuesta realizado por las investigadoras

Observamos que del 100% de las púerperas atendidas en ambos establecimientos de salud EsSalud y MINSA, encontramos que el 44,4% (24) y el 37,9%(36) residen en Tarapoto pertenecen a una familia nuclear respectivamente; referente al tipo de familia que componen, el 92,6%(50) y el 90,5%(86) respectivamente conforman una familia nuclear. El 77,8%(42) y el

74,7%(71) respectivamente tienen vivienda propia; En relación al apoyo familiar para cuidar su salud y la de su bebé el 92.6%(50) y 90,5%(86) si reciben apoyo respectivamente. Respecto a quién toma las decisiones en la familia, observamos que el 98,1%(53) y 96,8%(92) de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, refieren que lo hacen ambos padres.

**Tabla 04:** Características Sociales según violencia en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.

| Establecimiento de Salud | Hospital II EsSalud<br>(n = 54) |      | Hospital II-2 MINSA<br>(n = 95) |      | Total<br>(n = 149) |      |
|--------------------------|---------------------------------|------|---------------------------------|------|--------------------|------|
| Características          | fi                              | %    | fi                              | %    | fi                 | %    |
| <b>Sufre Violencia</b>   |                                 |      |                                 |      |                    |      |
| Nunca                    | 46                              | 85,2 | 83                              | 87,4 | 129                | 86,6 |
| A veces                  | 8                               | 14,8 | 12                              | 12,6 | 20                 | 13,4 |
| Siempre                  | 0                               | 0,0  | 0                               | 0,0  | 0                  | 0,0  |
| <b>Tipo de agresor</b>   | <b>(n = 8)</b>                  |      | <b>(n = 12)</b>                 |      | <b>(n = 20)</b>    |      |
| Conyugue                 | 8                               | 100  | 11                              | 91,7 | 19                 | 95,0 |
| Otros familiares         | 0                               | 0,0  | 1                               | 8,3  | 1                  | 5,0  |
| <b>Tipo</b>              |                                 |      |                                 |      |                    |      |
| Sexual                   | 5                               | 62,5 | 5                               | 41,7 | 10                 | 50,0 |
| Física                   | 3                               | 37,5 | 7                               | 58,3 | 10                 | 50,0 |

Fuente: Encuesta realizado por las investigadoras

Observamos que el 85,2%(46) de puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud y el 87,4%(83) del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, nunca fueron violentadas. Solo el 14,8% (8) y el 12,6% (12) respectivamente refieren a veces.

De las 8 puérperas violentadas en el Hospital II EsSalud Tarapoto el 100% son ocasionados por el cónyuge al igual que en Hospital MINSA II-2 Tarapoto con 91,7(11)%.

El tipo de violencia familiar más frecuente presentada en la puérpera atendida en el Hospital II EsSalud Tarapoto y en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, es la sexual en un 62,5%(5) y 41,7%(5) respectivamente, seguida de la violencia física 37,5%(3) vs 58,3%(7).

**Tabla 05:** Características Sociales de la pareja de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.

| Establecimiento de Salud | Hospital II EsSalud (n = 54) |       | Hospital II-2 MINSA (n = 95) |       | Total (n = 149) |       |
|--------------------------|------------------------------|-------|------------------------------|-------|-----------------|-------|
| Características          | fi                           | %     | fi                           | %     | fi              | %     |
| <b>Grado Instrucción</b> |                              |       |                              |       |                 |       |
| Iletrado                 | 0                            | 0,0%  | 0                            | 0,0%  | 0               | 0,0%  |
| Primaria incompleta      | 0                            | 0,0%  | 3                            | 3,2%  | 3               | 2,0%  |
| Primaria Completa        | 1                            | 1,9%  | 5                            | 5,3%  | 6               | 4,0%  |
| Secundaria incompleta    | 2                            | 3,7%  | 15                           | 15,8% | 17              | 11,4% |
| Secundaria completa      | 17                           | 31,5% | 32                           | 33,7% | 49              | 32,9% |
| Superior Incompleta      | 0                            | 0,0%  | 4                            | 4,2%  | 4               | 2,7%  |
| Superior Completa        | 34                           | 63,0% | 36                           | 37,9% | 70              | 47,0% |
| <b>Ocupación</b>         |                              |       |                              |       |                 |       |
| Agricultor               | 1                            | 1,9%  | 8                            | 8,4%  | 9               | 6,0%  |
| Profesora                | 0                            | 0,0%  | 1                            | 1,1%  | 1               | 1,1%  |
| Chofer                   | 4                            | 7,4%  | 11                           | 11,6% | 15              | 10,1% |
| Comerciante              | 5                            | 9,3%  | 15                           | 15,8% | 20              | 13,4% |
| Obrero                   | 10                           | 18,5% | 16                           | 16,8% | 26              | 17,4% |
| Empleado público         | 27                           | 50,0% | 31                           | 32,6% | 58              | 38,9% |
| Empleado Privado         | 3                            | 5,6%  | 5                            | 5,3%  | 8               | 5,4%  |
| Otro                     | 4                            | 7,5%  | 8                            | 8,4%  | 12              | 8,1%  |

Fuente: Encuesta realizado por las investigadoras

En cuanto a las características sociales de la pareja de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, el 63%(34) y el 37,9%(36) respectivamente tienen grado de instrucción superior completa. El 50%(27) y el 32,6%(31) respectivamente son empleados públicos.

**Tabla 06:** Proporción de depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.

| Depresión postparto | Hospital II EsSalud |               | Hospital II-2 MINSA |               | Total      |               |
|---------------------|---------------------|---------------|---------------------|---------------|------------|---------------|
|                     | Fi                  | %             | fi                  | %             | fi         | %             |
| SI                  | 24                  | 44,4%         | 56                  | 58,9%         | 80         | 53,7%         |
| NO                  | 30                  | 55,6%         | 39                  | 41,1%         | 69         | 46,3%         |
| <b>Total</b>        | <b>54</b>           | <b>100,0%</b> | <b>95</b>           | <b>100,0%</b> | <b>149</b> | <b>100,0%</b> |

Fuente: Encuesta realizado por las investigadoras

Al determinar la proporción de depresión post-parto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 – Tarapoto, encontramos que el 44,4%(24) y 58,9%(56) ha presentado depresión post-parto respectivamente.

**Tabla 07:** Influencia de las características socio-demográficas en la depresión posparto en puérperas atendidas según establecimiento de salud: Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.

| <div>Establecimiento de Salud</div> <div>Características</div> | Hospital II EsSalud<br>(n = 54) |           | Hospital II-2 MINSA<br>(n = 95) |                  |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|---------------------------------|------------------|
|                                                                | X <sup>2</sup>                  | p < 0,05  | X <sup>2</sup>                  | p < 0,05         |
| <b>Demográficas:</b>                                           |                                 |           |                                 |                  |
| Edad                                                           | 4,098                           | 0,2510000 | 9,415                           | 0,0940000        |
| Estado civil                                                   | 0,068                           | 0,9670000 | 1,736                           | 0,6290000        |
| Ocupación                                                      | 4,222                           | 0,5180000 | 5,392                           | 0,4950000        |
| Grado Instrucción                                              | 1,901                           | 0,7540000 | 7,500                           | 0,1860000        |
| Ingreso familiar mensual                                       | 0,325                           | 0,8500000 | 8,485                           | 0,4860000        |
| <b>Sociales</b>                                                |                                 |           |                                 |                  |
| Familiar que contribuyen con el ingreso económico mensual      | 0,4444                          | 0,5050000 | 4,195                           | 0,2410000        |
| Lugar donde vive la puérpera.                                  | 5,119                           | 0,1630000 | 5,213                           | 0,1570000        |
| Tenencia de la vivienda                                        | 1,446                           | 0,4850000 | 2,894                           | 0,2350000        |
| Apoyo de familiares para cuidar su salud y la de su bebé       | 0,054                           | 0,8160000 | 1,325                           | 0,2500000        |
| Tipo de familia que componen                                   | 0,054                           | 0,8160000 | 1,325                           | 0,2500000        |
| Sufre de violencia familiar                                    | 0,117                           | 0,7320000 | 1,831                           | 0,1750000        |
| Quién es el agresor                                            | 0,117                           | 0,7320000 | 3,772                           | 0,1520000        |
| Tipo de violencia familiar                                     | 0,657                           | 0,7200000 | 1,983                           | 0,3710000        |
| Grado de instrucción de la pareja                              | 2,899                           | 0,4080000 | 11,887                          | <b>0,0360000</b> |
| Ocupación de la pareja                                         | 3,577                           | 0,8270000 | 16,871                          | <b>0,0180000</b> |
| Quién toma las decisiones en la familia                        | 1,274                           | 0,2590000 | 3,300                           | 0,0690000        |

Fuente: Encuesta realizado por las investigadoras

Al aplicar la prueba no paramétrica chi cuadrado para determinar el grado de influencia de las características socio-demográficas en la depresión posparto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, observamos que no existe influencia entre ninguna

característica demográfica de la puérpera de ambos establecimientos de salud y la depresión postparto ( $p > 0,05$ ).

Mientras que las características sociales como grado de instrucción de la pareja ( $X^2 = 11,887$ ;  $p = 0,0360000$ ) y ocupación de la pareja ( $X^2 = 16,871$ ;  $p = 0,0180000$ ), si influyen significativamente en la depresión postparto de las puérperas atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

**Tabla 08:** Influencia de las características socio-demográficas en la depresión posparto en puérperas atendida en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 - Tarapoto. Septiembre 2015 - Enero 2016.

| Características                                           | X <sup>2</sup> | p < 0,05         |
|-----------------------------------------------------------|----------------|------------------|
| <b>Demográficas:</b>                                      |                |                  |
| Edad                                                      | 14,685         | <b>0,0120000</b> |
| Estado civil                                              | 0,967          | 0,8090000        |
| Ocupación                                                 | 14,462         | <b>0,0250000</b> |
| Grado Instrucción                                         | 5,444          | 0,3640000        |
| Ingreso familiar mensual                                  | 4,579          | 0,3330000        |
| <b>Sociales</b>                                           |                |                  |
| Familiar que contribuyen con el ingreso económico mensual | 6,481          | 0,0900000        |
| Lugar donde vive la puérpera.                             | 7,820          | <b>0,0500000</b> |
| Tenencia de la vivienda                                   | 7,253          | <b>0,0270000</b> |
| Apoyo de familiares para cuidar su salud y la de su bebé  | 0,353          | 0,5530000        |
| Tipo de familia que componen                              | 0,353          | 0,5530000        |
| Sufre de violencia familiar                               | 0,370          | 0,5430000        |
| Quién es el agresor                                       | 1,894          | 0,3880000        |
| Tipo de violencia familiar                                | 0,370          | 0,8310000        |
| Grado de instrucción de la pareja                         | 12,212         | <b>0,0320000</b> |
| Ocupación de la pareja                                    | 16,654         | <b>0,0340000</b> |
| Quién toma las decisiones en la familia                   | 3,545          | 0,1700000        |

Fuente: Encuesta realizado por las investigadoras

Al determinar la influencia de las características socio-demográficas en la depresión posparto en puérperas atendida en ambos establecimientos de salud durante el periodo setiembre 2015 a enero 2016, observamos que existe influencia significativa entre las características demográficas y la depresión postparto, según se detalla: edad ( $X^2 = 14,685$ ;  $p = 0,0120000$ ),

ocupación ( $X^2 = 14,462$ ;  $p = 0,0250000$ ) y paridad ( $X^2 = 7,491$ ;  $p = 0,0580000$ ).

En cuanto a la influencia de las características sociales en la depresión posparto en puérperas atendida en ambos establecimientos de salud, observamos que existe influencia significativa entre las características sociales y la depresión posparto, según se detalla: lugar donde vive la puérpera ( $X^2 = 7,820$ ;  $p = 0,0500000$ ), tenencia de la vivienda ( $X^2 = 7,253$ ;  $p = 0,0270000$ ), grado de instrucción de la pareja ( $X^2 = 12,212$ ;  $p = 0,0320000$ ) y ocupación de la pareja ( $X^2 = 16,654$ ;  $p = 0,0340000$ ).



## **V. DISCUSIÓN**

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer. La depresión posparto (DPP) corresponde a una enfermedad depresiva que ocurre en mujeres en el puerperio; su cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica, las teorías más acertadas sobre la causa de la Depresión postparto hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas durante este periodo, y a esto se suma el grado de estrés al que esté expuesta la puérpera.(1)

Una de las características patognomónica, es aquella en la que se inicia en las primeras cuatro semanas después del alumbramiento de un hijo. La puérpera suele caer en llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a los cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Existe sentimientos de culpa y autocensura por no estar cuidando o amando a su hijo lo suficiente, y casi siempre están ansiosas acompañando o inclusive superando a los síntomas de depresión del humor. (1)

El presente estudio pretende demostrar la influencia que existe entre las características sociodemográficas y la depresión postparto en las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, durante el periodo septiembre 2015 a enero 2016 a fin de poder facilitar la detección temprana de aquellas mujeres con mayor probabilidad de desencadenar dicha patología.

Entre las principales características demográficas de las puérperas atendidas en ambos establecimientos de salud, encontramos en el Hospital II EsSalud Tarapoto, el 37% de las usuarias fluctúan entre 31 a 40 años y el 29,6% entre 26 a 30 años y 21 a 25 años respectivamente. Asimismo en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, el mayor porcentaje se concentra en las edades entre 26 a 30 años (33,7%) y de 31 a 40 años (29,5%).

Al respecto, Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A, en su estudio reportaron como edad promedio de 24 años con rangos entre 19 y 33 años (2), mientras que, González R, García L, reporta que el 72,5% (87) de sus pacientes se encuentran entre los 26 a 35 años, 18 (15 %) de 36 a 45 años, 15 (12.5 %) de 16 a 25 años las más jóvenes. La media fue de 22 años. (5). Asimismo, Cosme E, Sifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández A, Ortiz S, et al, en México, reportó que las mujeres tenían 16 a 43 años de edad (media 23 años) (9). Mientras que Vásquez E, Sangama R, reportan un 73,3% de jóvenes entre los 20 a 30 años de edad (12).

En cuanto al estado civil, el 74,1% y 72,6% de las usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud y MINSA respectivamente son convivientes, seguida de las casadas (22,2% y 22,1% respectivamente).

González R, García L, reporta que el 90% de su población en estudio reportaron ser casadas (5) y Carrillo M, reporta que, el estado civil predominante fue la Unión Libre (77%), seguido del estado civil Casada (13%) y por último (10%) fueron Solteras. (7). Asimismo, Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E, et al, señaló que el 33,4% refirieron ser casadas, el 32,3% convivir con su pareja, y 27,5% reportó ser soltera (8), y Cosme E, Sifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández A, Ortiz S, et al, en México, observó que los estados civiles predominantes fueron unión libre (43.2%) y casadas (38.2%).(9). Vásquez E, Sangama R, reporta

que un 80% de sus puérperas estaban acompañadas por su pareja, ya sea por unión estable o por encontrarse casadas. (12).

En nuestro estudio, el 59,3% y 64,2% de las puérperas atendidas en ambos establecimientos de salud son ama de casa; el 31,5% y el 30,5% respectivamente tienen un grado de instrucción secundaria completa y educación superior completa (40,7% y 26,3% respectivamente), cifra superior a lo reportado por Carrillo M, quién observó que el grado de escolaridad de las mujeres con Depresión Posparto, fue el nivel secundaria en un 58%, 21% primaria, el 12% bachillerato, 5% analfabetas y 4% con carrera técnica (7) y a lo reportado por Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E, et al, quienes reportaron que, el 47% de ellas había cursado educación media completa y 25,7% educación media incompleta(8).

Cosme E, Sifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández A, Ortiz S, et al, en México, en una población de 178 mujeres recién egresadas y en periodo posparto, reportó que la mayoría de las mujeres era ama de casa (87.2%), de religión católica (58%).(9). Mientras que, Vásquez E, Sangama R, reportan que el 36,7% de ellas fueron amas de casa y el 30% de las puérperas poseían estudios de secundaria completa (12).

Al determinar las Características Sociales de las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 Tarapoto, durante el periodo septiembre 2015 - enero 2016, encontramos que, el 46,3% tiene un ingreso económico familiar mensual que oscila entre 1,201 – 1,600 soles en las usuarias atendidas en el Hospital EsSalud Tarapoto y en un 58,9% entre 501 a 800 soles en el Hospital MINSA II Tarapoto. Al respecto, Cosme E, Sifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández A, Ortiz S, et al, refiere que las

mujeres de su estudio en la ciudad de México pertenecían a un nivel socioeconómico bajo. (9).

Asimismo, el cónyuge contribuye en mayor porcentaje al ingreso económico familiar mensual en un 70,4% (Hospital EsSalud) y en un 64,3% (Hospital MINSA). El 44,4% y el 40,3% respectivamente residen en Tarapoto; el 77,8% y el 85,2% respectivamente tienen vivienda propia; el 96,3% y el 85,2% respectivamente han planificado su embarazo; el 100% y el 98% respectivamente tienen control prenatal; y el 92,6% y 91,3% respectivamente reciben el apoyo de familiares para el cuidado de su salud y la de su bebé. El tipo de familia que componen el 92,6% y el 90,5% del Hospital II EsSalud y del Hospital MINSA II-2 Tarapoto respectivamente, conforman una familia nuclear. Mientras que, Carrillo M, reporta que, del total de mujeres encuestadas, 235 (77%) de ellas obtuvieron el producto por medio de parto vaginal, y el resto, es decir 70 (23%) por cesárea. (7). En cuanto a quién toma las decisiones en la familia, observamos que el 98,1% y 96,8% de ambos establecimientos de salud respectivamente, refieren que lo hacen ambos padres. (Figura 08)

Al respecto, Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E, et al, reportó que, el 68,4% declaró vivir con su pareja y 21,8 con sus padres en el mismo hogar. El 82,7% indicó ser dueña de casa y 12,1% ser trabajadora. El promedio de hijos, incluyendo al último, fue de dos. (8). Asimismo, Cosme E, Sifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández A, Ortiz S, et al, en México, en una población de 178 mujeres recién egresadas y en periodo posparto, reportó que 93 residían en área urbana mientras que 85 en área rural, La mayoría de las mujeres nació en México (99.4 %) y solo una en Estados Unidos (0.6%). (9).

Por su parte Vásquez E, Sangama R, reportan que el 60% de las puérperas manifestó que su embarazo fue deseado y planeado por la pareja y el 56,7% refirieron parto por cesárea (12).

Al determinar la violencia familiar presentada en las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud y Hospital MINSA II-2 Tarapoto, encontramos que el 85,2% (46) y el 87,4% (83) nunca fueron violentadas por la familia. Solo el 14,8% (8) y el 12,6% (12) respectivamente refieren a veces. El tipo de agresor predominantemente es el cónyuge en un 91,7%. La violencia sexual es la más frecuente en un 62,5% y 41,7% respectivamente, seguida de la violencia física (37,5% vs 58,3%).

Estas cifras son similares considerablemente con las cifras comunicadas en EEUU, donde la violencia durante la gestación oscila entre 3,9 y 8,3% (20,21)

Mientras que nuestras cifras son inferiores a lo reportado por Escobar en su estudio realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú, quien identifica que el 51% de las participantes del estudio fue víctima de diferentes tipos de violencia en algún momento de su vida y a lo reportado por Távara y col. (22), quienes describieron en una población peruana una prevalencia de 69,3%.

La violencia familiar con sus componentes maltrato físico, psíquico y sexual, la privación de libertad o la carencia de soporte socioeconómico de la mujer se relacionan con la presentación de cuadros depresivos (21,22, 27).

Así mismo, se determinó que existe un riesgo alto de sufrir depresión posparto en aquellas mujeres víctimas de la violencia. (23)

A modo de conclusión, en el presente estudio podemos afirmar que existe un mayor riesgo de padecer depresión posparto en aquellas mujeres que fueron víctimas de los diferentes tipos de violencia, que hay tasas altas de violencia en la mujer y que existen factores de la madre que se relacionan con la presentación de depresión posparto.

En cuanto a la pareja, el 63% y el 37,9% respectivamente tienen grado de instrucción superior completa y el 50% y el 32,6% respectivamente son empleados públicos.

Al determinar la proporción de depresión post-parto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 – Tarapoto, encontramos que el 44,4% (24) ha presentado depresión post-parto en el Hospital II EsSalud y el 58,9% (56) en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Estas cifras son superiores a lo reportado por González R, García L, quien reporta que la prevalencia de depresión posparto fue de 20%, de ellas el 50% fueron primigestas. Los síntomas más frecuentes reportados fueron el sentimiento de desaliento, sentimiento de culpa, irritabilidad, temor y tristeza (5); Carrillo M, reporta una frecuencia de Depresión Posparto en el total de las mujeres encuestadas, del 25%.(7); Cosme E, Sifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández A, Ortiz S, et al, quienes reportaron una incidencia de 32.6%. Las prevalencias de depresión mayor fue 14.1% y menor 18.5%. (9), y Sulca K, con una incidencia de 25.3% de Depresión leve, 12.7% Depresión moderada y el 2.7% Depresión severa. La prevalencia total de depresión fue de 40.7%. (10). Asimismo, Paima R, Vásquez R, reporta una prevalencia de 39% de depresión postparto en adolescentes postcesareadas, 54% de las cesáreas no programadas en las adolescentes resultaron con probable depresión postparto (11).

Al aplicar la prueba no paramétrica chi cuadrado para determinar el grado de influencia de las características socio-demográficas en la depresión postparto en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, observamos que no existe influencia significativa entre ninguna característica demográfica de la puérpera en ambos establecimientos de salud ( $p > 0,05$ ).

Pero, en las características sociales como grado de instrucción ( $X^2 = 11,887$ ;  $p = 0,0360000$ ) y ocupación de la pareja ( $X^2 = 16,871$ ;  $p = 0,0180000$ ), se observa que si existe influencia significativa en la depresión postparto de las puérperas atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

Al respecto, Cosme E, Sifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández A, Ortiz S, et al, refiere que, de las 93 mujeres del área urbana estudiadas, 25 tenían depresión (26.9%). La prevalencia de depresión mayor (15.1%) y menor (11.8%) en las mujeres de área urbana. De las 85 mujeres rurales estudiadas, 33 tenían depresión (38.8%). La prevalencia de depresión mayor (12.95) y menor (25.9%) en mujeres rurales. La prevalencia general de depresión posnatal en las mujeres rurales (38.8%) fue más alta pero no estadísticamente significativa, en comparación a las mujeres urbanas (26.9%) ( $p = 0.09$ ). Hubo depresión significativa mayor en mujeres hasta con seis años de educación, en comparación con aquellas con más de seis años de educación (9).

Al determinar la influencia de las características socio-demográficas en la depresión posparto en todas las puérperas atendidas en ambos establecimientos de salud durante el periodo setiembre 2015 a enero 2016, observamos que existe influencia significativa entre las características demográficas y la depresión postparto, según se detalla: edad ( $X^2 = 14,685$ ;  $p = 0,0120000$ ), ocupación ( $X^2 = 14,462$ ;  $p = 0,0250000$ ) y paridad ( $X^2 = 7,491$ ;

$p = 0,0580000$ ). No existe influencia significativa entre el estado civil, el grado de instrucción y el ingreso familiar mensual en la depresión postparto ( $p > 0,05$ ). (Tabla 06)

Este resultado es similar a lo reportado por Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A, pues señala que el estado civil casada, no constituye un factor protector de depresión, pues, los resultados obtenidos no demuestran diferencias entre tener una pareja estable, ya sea que estuviesen casadas o en unión libre, o si eran mujeres solteras o separadas. (2)

Pero difiere a lo reportado por Urdaneta R, Molero L, Charle S, Nasser B, Zambrano R, Alfi C, et al, en Maracaibo – Venezuela, en una población de 100 puérperas, reportó que sólo el hecho de tener un nivel educativo primario o inferior aumentaba 7 veces el riesgo de presentar depresión post-parto ( $p < 0,001$ ), mientras que el haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector ( $p < 0,05$ ). También encontraron una cifra sorprendentemente alta de puérperas deprimidas, con diversos factores de riesgos; determinándose que de las características evaluadas, tanto de índole biológico, psicológico como social, solamente mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP el nivel educativo expuesto anteriormente (2).

Asimismo, Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E, et al, encontró una correlación débil pero significativa entre un mayor puntaje en el EPDS con una menor educación ( $r = 0,102$ ;  $p = 0,033$ ) (8).

En cuanto a la influencia de las características sociales en la depresión posparto en puérperas atendida en ambos establecimientos de salud, observamos que existe influencia significativa entre las características sociales y la depresión postparto, según se detalla: lugar donde vive la



puérpera ( $X^2 = 7,820$ ;  $p = 0,0500000$ ), tenencia de la vivienda ( $X^2 = 7,253$ ;  $p = 0,0270000$ ), planificación del embarazo ( $X^2 = 8,213$ ;  $p = 0,0040000$ ), grado de instrucción ( $X^2 = 12,212$ ;  $p = 0,0320000$ ) y ocupación de la pareja ( $X^2 = 16,654$ ;  $p = 0,0340000$ ). No existe influencia significativa en que la familia contribuya con el ingreso económico mensual, si ha tenido control prenatal, si recibe apoyo de familiares para cuidar su salud y la de su bebé, el tipo de familia que componente, si sufre de violencia familiar o si el que toma las decisiones es ambos padres ( $p > 0,05$ ). (Tabla 06)

Al respecto, Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E, et al, encontró una correlación débil pero significativa entre un mayor puntaje en el EPDS un mayor número de hijos ( $r = 0,186$ ;  $p < 0,001$ ) y de embarazos ( $r = 0,194$ ;  $p < 0,001$ ), una mayor diferencia con el hermano que le antecede ( $r = 0,161$ ;  $p = 0,001$ ); respectivamente (8).

Mientras que, Sulca K, en su estudio en 150 puérperas adolescentes hospitalizadas, encontró que el 25.3% sufrió Depresión leve, 12.7% Depresión moderada y el 2.7% Depresión severa. La prevalencia total de depresión fue de 40.7%; con relación estadísticamente significativa entre la violencia física durante el embarazo por parte de algún familiar o la pareja y la depresión severa ( $p=0.003$ ) (10)

De acuerdo a nuestros resultados, podemos concluir que la depresión postparto es un problema de salud pública, que afecta de diferente manera a todas las sociedades, existiendo un marcado interés por los problemas que genera en la madre, como la disminución de la calidad de vida. De igual manera, el niño pierde la probabilidad de recibir estímulos adecuados que le permitan tener un correcto desarrollo físico y neuropsicológico (4).

## VI. CONCLUSIONES:

1. Las puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y Hospital MINSA II-2 Tarapoto, según características sociodemográficas: el 37%(20) se encuentran entre 31 a 40 años y el 33,7%(32) entre 26 a 30 años; el 74,1%(40) y 72,6%(69) son convivientes: el 59,3%(32) y 64,2%(61) son ama de casa; el 31,5%(17) y el 30,5%(29) tienen secundaria completa y educación superior completa respectivamente. El ingreso económico familiar mensual es >1,600 soles 48,1%(26) y entre 501 a 800 soles 58,9%(56); aporta el cónyuge en un 70,4%(38) y 65,3% (62) respectivamente. El 44,4%(24) y el 37,9%(36) residen en Tarapoto; El 92,6%(50) y 90,5%(86) pertenecen a familiar nuclear; el 77,8%(42) y el 74,7%(71) tienen vivienda propia; el 92,6%(50) y 90,5%(86) reciben el apoyo de familiares para el cuidado de su salud y de su bebé. El 98.1%(53) y 96,8%(92) la decisión la toma ambos padres; el 14,8% (8) y el 12,6% (12) respectivamente fueron violentadas; siendo el cónyuge el agresor 100%(8) y 91,7%(11); el 62,5%(5) y 41,7%(5) fueron violentados sexualmente, seguido de la violencia física 37,5%(3) vs 58,3%(7) respectivamente. El 63,0%(34) y 37,9(36) de los conyugues tienen educación superior completa y el 50,0%(27) y 32,6(31) son de ocupación empleado público.
2. La Proporción de depresión post-parto es de 44,4% (24) en puérperas atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto y 58,9% (56) en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto.
3. El grado de instrucción ( $X^2 = 11,887$ ;  $p = 0,0360000$ ) y ocupación de la pareja ( $X^2 = 16,871$ ;  $p = 0,0180000$ ), influyen significativamente en la presencia de depresión postparto en las puérperas atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

4. Existe influencia significativa entre las características demográficas y la depresión postparto: edad ( $X^2 = 14,685$ ;  $p = 0,0120000$ ), ocupación ( $X^2 = 14,462$ ;  $p = 0,0250000$ ) y paridad ( $X^2 = 7,491$ ;  $p = 0,0580000$ ). Existe influencia significativa entre las características sociales y la depresión postparto: lugar donde vive la puérpera ( $X^2 = 7,820$ ;  $p = 0,0500000$ ), tenencia de la vivienda ( $X^2 = 7,253$ ;  $p = 0,0270000$ ), grado de instrucción de la pareja ( $X^2 = 12,212$ ;  $p = 0,0320000$ ) y ocupación de la pareja ( $X^2 = 16,654$ ;  $p = 0,0340000$ ).

## **VII. RECOMENDACIONES:**

1. Al Ministerio de Salud debe promocionar la atención prenatal reenfocada, a fin de diseñar estrategias que permitan fortalecer la autoestima y habilidades para la vida a las gestantes y disminuir los temores que presentan las puérperas ante el futuro de sus hijos, por ende se disminuirá la proporción depresión postparto.
2. La carrera profesional de obstetricia a través de los cursos de la especialidad como parte de la atención integral de la gestante, deben incluir como eje transversal reducir la depresión de las gestantes y puérperas para que pueda afrontar las dificultades durante su vida reproductiva.
3. Durante la atención prenatal se debe evaluar psicológicamente a la gestante a fin de identificar precozmente el estado de ansiedad, angustia u otro síndrome, para prevenir y derivar oportunamente a un servicio especializado a fin de evitar la depresión postparto.

## VIII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS:

1. Quelopana A, Champio J. Validación del cuestionario "Postpartum Depression Screening Scale" Women From Arica [Internet]. 2010; 16(1):[37 - 47 pp.]. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262011000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000200007).
2. Urdaneta R, Molero L, Charles S, Nasser B, Zambrano R, Alfi C, et al. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de edimburgo. Hospital universitario de Maracaibo Venezuela. 2010. Revista Chilena. Obstetricia y Ginecología. 2011; 76(2): 102-112. (consultado el 15 de julio 2015; disponible en :[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262011000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000200007))
3. Almanza M, Salas C, Olivares M. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la clínica de especialidades de la mujer. . Dirección General de Sanidad [Internet]. 2011 09/07/2015; 12(1):[78-86 pp.]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2011/sm113b.pdf>.
4. Bustos S, Jimenez N. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica-Chile, 2013. Universidad de Tarapaca [Internet]. 2013 15/07/2015; 47(30):[38 - 49 pp.]. Available from: [http://www.schilesaludmental.cl/pdf\\_revistas/2013\\_01/05\\_factores\\_de\\_riego\\_asociados\\_a\\_la\\_depresion\\_post\\_parto.pdf](http://www.schilesaludmental.cl/pdf_revistas/2013_01/05_factores_de_riego_asociados_a_la_depresion_post_parto.pdf)

5. Gonzales R, García L. Depresión posparto y factores asociados en población derechohabiente del ISSSTE en Yucatán. 2013. Universidad Autonoma de Yucatan [Internet]. 2013 7/8/2015; 76(6). Available from: [www.cirsociales.uady.mx](http://www.cirsociales.uady.mx).
6. Molero L, Urdaneta R, Zanabria C, Zambrano N, Contreras A, Azuaje E, et al. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. 2012. Rev Chile Obstet ginecol [Internet]. 2014 17/07/2015; 79(4). Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v76n2/art07.pdf>.
7. Carrillo M. Factores asociados a depresión posparto en mujeres que acuden al hospital general de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez, 2012" [Tesis de especialidad]. Toluca - Mexico: Universidad Autónoma del estado de México; 2013.
8. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto 2010. Rev méd Chile [online] [Internet]. 2010; 138(5):[536 - 42 pp.]. Available from: [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034).
9. Cosme E, Sifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández A, Ortiz S, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos, Durango - México. 2009. Universidad Juárez del Estado de Durango, Facultad de Medicina, [Internet]. 2010 20/7/2015; 146(1):[1-9 pp.]. Available from: [www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm101a.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm101a.pdf).

10. Sulca K. Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresión postparto, Lima – Perú. 2014 [Para Licenciado en Obstetricia]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
11. Paima R, Vasquez R. Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareadas adolescentes. 2010. [Para título Profesional]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
12. Vasquez E, Sangama R. Relación entre características sociodemográficas y riesgo de Depresión Posparto en Puérperas que consultan en la Clínica Corpomedic Tarapoto- 2012 [Para título profesional]. Tarapoto, San Martín: Universidad Nacional de San Martín; 2012.
13. Aquino O. Estrés post parto en las mujeres del área de Maternidad, del Hospital Nacional de Retalhuleu [Para Título profesional]. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar; 2012.
15. Ministerio de Salud de Santiago de Chile. Guía Clínica de Depresión en personas de 15 años y más In: Departamento de Salud de las personas, editor. Santiago Chile: Rev. Salud Mental; 2013. p. 18-65.
16. Instituto Nacional de Salud Mental. Guía de la Depresión. Departamento de Salud y servicios humanos. Lima - Perú: Rev. Salud Mental; 2009. p. 26-33.

17. Lara M. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*. 2006;4(1):18-21.
18. Oviedo J. Trastornos afectivos postparto. *Universitas Medica* [Internet]. 2006 27/07/2015; 42(2):[136-7 pp.]. Available from: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/3%20Transtorno%20posparto.pdf>
19. Merida J. Nivel de depresión en personas privadas de libertad [Para titulación]. Quetzaltenango - Guatemala: Universidad Rafael Landivar; 2011.
20. Morris J, Freda M, Bernstein P. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 188(121):7-9.
21. Mejía, R. Violencia basada en género. *Evid Actual. Práct Ambul*. 2005; 8(5):154-6. (Consultado el 15 de setiembre 2015; disponible en [revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/959/78](http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/959/78)
22. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villa W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *An Fac med*. 2009; 70(2):115-8. (recuperdo el 10 de octubre 2015; disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/959/782>
23. Távara L, Zegarra T, Zelaya L, Arias M, Estolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. *Ginecol Obstet*. 2003; 49(1):31-8



24. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de La Investigación. Mc Graw Hill Interamericana. 2010. 4ta Edición. (Disponible en <http://es.scribd.com/doc/38757804/Metodologia-de-La-Investigacion>; recuperado el 10 de Abril 2015).
25. Ministerio de Salud. Oficina de Estadística del Hospital MINSA II-2 Tarapoto. 2014.
26. EsSalud. Oficina de Estadística del Hospital II EsSalud – Tarapoto. 2014.
27. MINSA. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: derecho de todas las mujeres. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima: 2006:92 p. (recuperado el 14 de Diciembre 2015; disponible en <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-651043>)
28. Seguro Social de Salud. Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente. 2014. Lima – Perú. Resolución de Gerencia General N° 109 –GG-ESSALUD-2008. (Disponible en <http://www.EsSalud.gob.pe>; recuperado el 14 de Abril 2015).
29. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna - 2013. Proyecto de NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01. Res. Ministerial N° 827-2013/MINSA. (Disponible en <http://www.unfpa.org.pe>; recuperado el 04 de mayo 2015)
30. EsSalud. Lineamientos de Programación de Prestaciones de Salud – 2014. Gerencia Central de Prestación de Salud. (Disponible en [http://www.EsSalud.gob.pe/downloads/LINEAMIENTOS\\_2014.pdf](http://www.EsSalud.gob.pe/downloads/LINEAMIENTOS_2014.pdf); recuperado el 10 de Abril 2015.)

## IX. ANEXO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



### ESTUDIO: INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIO- DEMOGRAFICAS EN LA DEPRESION POSPARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD TARAPOTO y HOSPITAL MINSAL-2 TARAPOTO CUESTIONARIO

**Instrucciones:** Sra/Srta; somos Bachilleres en Obstetricia y estamos haciendo un trabajo de investigación, relacionado al grado de depresión en Puérperas, si usted acepta colaborar con nosotros respondiendo el presente cuestionario, le agradecemos por anticipado y le solicitamos marque o escriba según corresponda.

Su colaboración es muy valiosa, porque así nos permitirá abordar la problemática y poder sugerir algunas estrategias para solucionar este tipo de problemas.

Muchas Gracias.

#### I. DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres de la puérpera .....

N° de Historia Clínica.....

#### II. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.

Edad

≤ 16 años ( )

16-20 años ( )

21-25 años ( )

26-30 años ( )

31-40 años ( )

≥ 40 años ( )

**Estado Civil**

Soltera ( )

Divorciada ( )

Viuda ( )

Conviviente ( )

Casada ( )

**Ocupación de la puérpera:**

Costurera ( )

Chofer ( )

Ama de Casa ( )

Empleada Pública ( )

Empleada privada ( )

Agricultora ( )

Comerciante ( )

Otro.....

**Grado de Instrucción:**

Iletrada ( )

Primaria incompleta ( )

Primaria completa ( )

Secundaria incompleta ( )

Secundaria completa ( )

Superior Incompleta ( )

Superior Completa ( )

**Ingreso Familiar:**

≤ 800 soles ( )

800 – 1500 soles ( )

1600 - 2000 soles ( )

≥ 2000 soles ( )

Especifique.....

**Quienes contribuyen con el ingreso?**

Cónyuge ( )

Puérpera ( )

Ambos

Otros ..... ( )

**Lugar donde vive la puérpera**

Tarapoto ( )

Morales ( )

Banda de Shilcayo ( )

Otro Distrito ( )

Especifique.....

**III. CARACTERISTICAS SOCIALES.****Ocupación de la pareja:**

Agricultor ( )

Profesor ( )

Chofer ( )

Comerciante ( )

Obrero ( )

Empleado Público ( )

Empleado privado ( )

Su asa ( )

Otro.....

**Tipo de familia que componen**

Nuclear ( )

Ampliada con padres ( )

Ampliada con otros familiares ( )

Multifamiliar ( )

**Tendencia de la vivienda:**

Propia ( )

Familiar ( )

Alquilado ( )

Guardianía ( )

Otro.....

**Grado de instrucción de la pareja**

**y/o cónyuge:**

Iletrado ( )

Primaria incompleta ( )

Primaria Completa ( )

Secundaria incompleta ( )

Secundaria completa ( )

Superior Incompleta ( )

Superior Completa ( )

**Quien toma las decisiones en la familia:**

Ambos padres ( )

Sólo la esposa ( )

Sólo el esposo ( )

Hijo/a Mayor ( )

Padres e hijos ( )

Otros familiares.....

**Apoyo de familiares para cuidar su salud y**

**al bebé:**

Si ( ) No ( )

Madre / padre ( )

Suegra / Suegro ( )

Hermanas/os ( )

Cuñadas/os ( )

Esposo/ pareja ( )

Otro.....

**Sufre de violencia familiar?**

Siempre ( )

A veces ( )

Nunca ( )

**Si sufre de violencia familiar quien/es**

**que lo agrede?**

Cónyuge ( )

Hijos ( )

Otros familiares ( ).....

Ninguno ( )

**Qué tipo de violencia familiar sufre?**

Física ( ) Psicológica ( )

Sexual ( ) Económica ( )

Otro ( )... Ninguna ( )

## ESCALA DE DEPRESION POST- PARTO DE EDIMBURGO

| N° | CONDUCTAS                                                     | ALTERNATIVAS                                                           | RESPUESTA | PD |
|----|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|----|
| 1  | He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas: | Tanto como siempre                                                     |           |    |
|    |                                                               | No tanto ahora                                                         |           |    |
|    |                                                               | Mucho menos ahora                                                      |           |    |
|    |                                                               | No, nada                                                               |           |    |
| 2  | He disfrutado mirar hacia adelante                            | Tanto como siempre                                                     |           |    |
|    |                                                               | Menos que antes                                                        |           |    |
|    |                                                               | Mucho menos que antes                                                  |           |    |
|    |                                                               | Casi nada                                                              |           |    |
| 3  | Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma      | Si, la mayor parte del tiempo                                          |           |    |
|    |                                                               | Si, a veces                                                            |           |    |
|    |                                                               | No con mucha frecuencia                                                |           |    |
|    |                                                               | No, nunca                                                              |           |    |
| 4  | He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo                | No, nunca                                                              |           |    |
|    |                                                               | Casi nunca                                                             |           |    |
|    |                                                               | Si, a veces                                                            |           |    |
|    |                                                               | Si, con mucha frecuencia                                               |           |    |
| 5  | He sentido miedo o he estado asustadiza si tener motivo       | Si, bastante                                                           |           |    |
|    |                                                               | Si, a veces                                                            |           |    |
|    |                                                               | No, no mucho                                                           |           |    |
|    |                                                               | No, nunca                                                              |           |    |
| 6  | Las cosas me han estado abrumando                             | Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto |           |    |
|    |                                                               | Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre         |           |    |
|    |                                                               | No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien         |           |    |
|    |                                                               | No, he estado haciendo las cosas bastante bien como siempre            |           |    |
| 7  | Me he sentido tan desdichada que he                           | Si, la mayor parte del tiempo                                          |           |    |
|    |                                                               | Si, a veces                                                            |           |    |

|    |                                                     |                               |  |  |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------|--|--|
|    | tenido dificultades para dormir                     | No con mucha frecuencia       |  |  |
|    |                                                     | No, nunca                     |  |  |
| 8  | Me he sentido triste o desgraciada                  | Si, la mayor parte del tiempo |  |  |
|    |                                                     | Si, bastante a menudo         |  |  |
|    |                                                     | No con mucha frecuencia       |  |  |
|    |                                                     | No, nunca                     |  |  |
| 9  | Me he sentido tan desdichada que he estado llorando | Si, la mayor parte del tiempo |  |  |
|    |                                                     | Si, bastante a menudo         |  |  |
|    |                                                     | Solo ocasionalmente           |  |  |
|    |                                                     | No, nunca                     |  |  |
| 10 | Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño           | Si, bastante a menudo         |  |  |
|    |                                                     | A veces                       |  |  |
|    |                                                     | Casi nunca                    |  |  |
|    |                                                     | Nunca                         |  |  |